

**VINCULO MADRE-HIJO EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL
SEVERA O PROFUNDA. LA FUNCIÓN DEL TERCERO EN LA RELACIÓN**

PRESENTADO POR:

DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CAMACHO

DIRIGIDO POR

SYLVIA AFANADOR RUEDA

MAESRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DICIEMBRE DE 2015

BOGOTÁ, D.C.

VINCULO MADRE-HIJO EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL SEVERA O PROFUNDA. LA FUNCIÓN DEL TERCERO EN LA RELACIÓN

RESUMEN

La presente investigación de carácter cualitativo-descriptivo, se realizó como una investigación-intervención. Desde un enfoque psicoanalítico, a partir de tres casos clínicos con madres que tiene hijos con discapacidad severa o profunda, que reciben atención integral o están institucionalizados en una organización proveedora de apoyos, del distrito. Se realizó la indagación sobre los factores que obstaculizaron o facilitaron la construcción del vínculo una madre-hijo con discapacidad, teniendo en cuenta dimensiones como las características de las relaciones tempranas de las madres, la severidad de la discapacidad de los hijos, las particularidades del vínculo y los terceros en la relación. También se explora la función que pueden cumplir las organizaciones proveedoras de apoyo y los profesionales en la conformación de la diada madre e hijo. El presente trabajo se encuentra enmarcado dentro de la línea de investigación en Desarrollo Psíquico de la Maestría en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

Palabras Clave: Vínculo madre e hijo con discapacidad, discapacidad severa o Profunda, función terapéutica.

ABSTRACT

This research is a qualitative - descriptive character, This was performed as a research - inquire from a psychoanalysis focus since the analysis of three clinical cases of mothers who has children with severe o deepness disabilities, those children gets integral care or are getting in someway aid from city goverment through supporting agencies. inquiring about factors that blocked or helped the making of links between mother and disabled sons, thinking about the dimensions as the characteristics of mothers early relationships , the severity of the children disabilities, the particularity of the links and third people involved in the relationships. Also explores what functions this gubernamental agencies and the psychology proffesional personnel can do for the making of mother and son bondings. This research is located in the researching line of psychological development of master in clinical psychology of the Bogota's Pontificia Javeriana University.

Key Words: Links between mothers and disabled sons, severe or deepness disabilities. therapeutic function.

CONTENIDO

<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>6</u>
<u>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....</u>	<u>9</u>
1.1. <u>DISCAPACIDAD.....</u>	9
1.1.1 Implicaciones de la discapacidad a nivel mundial y en Colombia	15
1.1.2 Políticas y movimientos en cuanto a la discapacidad	19
<u>1.2 CONTEXTO INSTITUCIONAL.....</u>	<u>20</u>
<u>2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.....</u>	<u>23</u>
<u>2.1. OBJETIVO GENERAL.....</u>	<u>23</u>
<u>2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</u>	<u>24</u>
<u>2. 3. METODOLOGÍA.....</u>	<u>24</u>
2.3.1 Diseño	25
2.3.2 Participantes	26
2.3.3 Procedimiento, técnicas y materiales.....	28
<u>3. MARCO TEÓRICO.....</u>	<u>29</u>
<u>3.1. UNA MIRADA HISTÓRICA DE LA MATERNIDAD.....</u>	<u>29</u>
<u>3.2. LA MATERNIDAD DESDE EL PSICOANÁLISIS.....</u>	<u>30</u>
<u>3.3. COMPRENSIONES SOBRE LA RELACIÓN VINCULAR MADRE-BEBÉ.....</u>	<u>35</u>
3.3.1 Ideas de Bowlby.....	35
3.3.2 Algunas ideas de Bion y algunas aplicaciones.....	40
3.3.3 Las ideas de Winnicott.....	47
3.3.3.1 El ambiente y el desarrollo psíquico.....	48
3.3.3.2 Etapas del cuidado parental y el desarrollo del yo.....	49
3.3.3.3 Las Funciones maternas.....	52

3.4. CUANDO LA RELACIÓN CON LA MADRE SE DA DE UNA MANERA NO ESPERADA.....	56
3.5. FUNCIÓN TERAPÉUTICA.....	64
4. MATERIAL CLÍNICO, ELEMENTOS DE ANÁLISIS Y REFLEXIÓN.....	68
4.1. DANIELA Y SOFÍA.....	68
4.1.1 Acercamiento a los hijos.....	68
4.1.2 Quién es Sofía.....	71
4.1.3 Mi madre y Yo.....	72
4.1.4 Características del vínculo.....	77
4.1.5 Alcance Terapéutico.....	83
4.2 IRMA Y ANGÉLICA.....	87
4.2.1 Una mirada a la historia.....	87
4.2.2 Relación con mis objetos primarios.....	90
4.2.3 Construyendo el vínculo madre e hija.....	94
4.2.4 Relación Terapéutica.....	99
4.3 GILMA Y MANUEL.....	102
4.3.1 Conociendo la historia.....	102
4.3.2 Mi relación con mis figuras primarias.....	104
4.3.3 Construyendo la función de madre con su hijo.....	108
4.3.4 Función del terapeuta.....	113
5. DISCUSIÓN.....	115
5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD.....	116
5.2 EXPERIENCIAS TEMPRANAS DE LA MADRE.....	117
5.3 LA PRESENCIA DE TERCEROS EN LA RELACIÓN.....	118

<u>5.4 PARTICULARIDADES DEL VÍNCULO.....</u>	<u>118</u>
<u>5.5 LA FUNCIÓN TERAPÉUTICA, UN TERCERO EN LA RELACIÓN.....</u>	<u>122</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	<u>124</u>

INTRODUCCIÓN

El tema de la discapacidad suele considerarse una problemática que día a día aumenta la prevalencia a nivel mundial, es un tema de relevancia para la salud, las reglamentaciones públicas y el surgimiento de movimientos de participación ciudadana a nivel mundial que buscan velar los derechos de las personas con discapacidad.

Cuando uno hace un recuento histórico sobre el concepto de discapacidad, encuentra que las personas con discapacidad han sido estigmatizadas, desplazadas e incluso rechazadas, pero a medida que se han dado avances científicos, médico, sociales y cambio de paradigmas, ha sido posible la visualización de sus necesidades, derechos, particularidad de ver y enfrentar el mundo y las relaciones con los otros. Es por eso que desde la psicología según diferentes corrientes teóricas y desde otras disciplinas se ha generado interés no sólo en establecer una forma de rehabilitación que genere mayor funcionalidad de la persona con discapacidad al contexto, sino también en identificar cuál es el lugar de la persona con discapacidad en la dinámica familiar, social, cultural, en la construcción de subjetividad, las características de sus vínculos y la función de las organizaciones proveedoras de apoyos. No se busca normalizar a la persona o a la familia, sino dimensionar la particularidad de cada proceso, resaltando aspectos que puedan favorecer la calidad de vida familiar y de la persona con discapacidad.

Frente a las diferentes tipos de discapacidad sensorial, física, mental; la discapacidad intelectual es la que más apoyos requiere y la que en los diferentes contextos, tiene menores posibilidades de inclusión y participación, dentro de este grupo los individuos con

discapacidad intelectual severa o profunda, son los menos visibles y con muy pocas expectativas del entorno frente a sus procesos de funcionalidad.

Desde la presente investigación-participación, se busca identificar y entender los factores que facilitan u obstaculizan la conformación del vínculo afectivo entre la madre y el hijo que presenta una discapacidad intelectual severa o profunda; así como, comprender la función que pueden cumplir las organizaciones proveedoras de apoyos y los profesionales en la conformación de la unidad e intimidad de la diada madre e hijo. La investigación se fundamenta en los planteamientos teóricos psicoanalíticos para entender las experiencias emocionales de tres pacientes mujeres, madres cabezas de familia, que tienen un hijo o hija que presenta una discapacidad intelectual severa o profunda y que asistieron a un proceso psicoterapéutico en una organización proveedora de apoyo ubicada en la ciudad de Bogotá.

Este documento se divide en cinco capítulos. El primer capítulo es el *Planteamiento del Problema y Justificación* en el que se presentan los temas que se tuvieron en cuenta para plantear un problema de investigación que se llevó a cabo bajo una contextualización del concepto de discapacidad, incidencia de la discapacidad en el mundo y en Colombia, las políticas y movimientos en cuanto a la discapacidad. En este capítulo se presenta también la institución en la que se llevó a cabo la investigación. El segundo capítulo, *Objetivos y Metodologías*, se especifican los objetivos de la investigación: general y específicos, así como los apartados de diseño, participantes, procedimientos, técnicas y materiales usados a lo largo del desarrollo del proceso terapéutico. En el tercer capítulo se hace mención al *Marco Teórico*, en el que se incluye *una mirada histórica de la maternidad, la maternidad desde el psicoanálisis, comprensiones sobre la relación vincular madre – bebé, cuando la*

relación con la madre se da de una manera no esperada y la relación terapéutica. Estos apartados se basaron en los aportes de autores como: Caporale, Chairo, Langer, Soifer, Stern, Bick, Bowlby, Bion, Winnicott, Tabak, Stitzman, Schorn, Muñoz, Cantis y otros. El cuarto capítulo, el *Material Clínico* en los que se hace la presentación de los tres casos con sus apartados particulares. En el caso de Daniela el material se presenta bajo cinco subtítulos: acercamiento a los hijos, quién es Sofía, mi madre y yo, características del vínculo y alcance terapéutico. El caso de Gilma se divide en: conociendo la historia, mi relación con las figuras primarias, construyendo la función de madre con su hijo y función de la terapeuta. El material de Irma, incluye una mirada a la historia, relación con mis objetos primarios, construyendo el vínculo madre e hija, y la relación terapéutica. La presentación de cada caso está complementada con viñetas clínicas de las sesiones trabajadas y reflexiones alcanzadas durante las sesiones. El sexto capítulo, *la Discusión*, incluye las conclusiones de la pregunta de investigación relacionada con los objetivos y el marco teórico. La discusión se basa en la estructuración de vínculo afectivo entre madre e hijo y todas las circunstancias que la rodean en términos de variables que favorecen y obstaculizan la construcción del vínculo, esto teniendo en cuenta lo que sucede con cada una de las tres pacientes. Se logra poner en evidencia la importancia de la función del terapeuta y de las organizaciones prestadoras de servicios en el encuentro entre madre e hijo (a) teniendo en cuenta los múltiples desencuentros, acoples, choques y procesos de fragmentación en estos vínculos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Discapacidad

La discapacidad es una expresión comúnmente utilizada para dar cuenta de las personas que presentan algún tipo alteración en sus capacidades, para desarrollar alguna tarea o para atender alguna demanda específica, en contraste con aquellas que son denominadas ‘normales’; es posible afirmar que la construcción histórica del concepto discapacidad surge a partir de lo formulado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), entidad desde la cual se utiliza por primera vez la expresión de *invalidéz* como una explicación genérica de la pérdida de la capacidad sensorial y locomotora (Organización Mundial de la Salud, 1952); también se define con expresiones como *impedimento* e *incapacidad*, la primera hace referencia al déficit diagnosticado médicamente, reduciendo la capacidad para atender las demandas de la vida diaria, y la *incapacidad o invalidéz*, como la atribución dada a la pérdida o disminución de la capacidad para atender una labor remunerada (Organización Mundial de la Salud, 1958).

Tales expresiones han sido utilizadas por más de cinco décadas para referirse a tipos de capacidades diferentes, pero por su uso en un lenguaje común y por la connotación excluyente, ha requerido de ajustes en la comunidad científica a nivel mundial.

En particular, la OMS reconoce que los términos utilizados en la clasificación pueden, a pesar de todos los esfuerzos realizados, estigmatizar y etiquetar. Como respuesta a esto, se tomó la decisión al inicio del proceso de revisión de abandonar totalmente el término “minusvalía” debido a su connotación peyorativa en inglés y de no utilizar el término “discapacidad” como nombre de un componente, sino como término genérico global. (Organización Mundial de la Salud, 2001, p.258).

Este concepto de *discapacidad* se explica bajo dos perspectivas: el modelo médico versus el modelo social. El modelo médico valora la discapacidad como una condición ocasionada por un estado de enfermedad, alteración en la salud o por una lesión en particular y su tratamiento está orientado a curar o favorecer la adaptación de la persona en términos de su comportamiento. El modelo social entiende la discapacidad no como un atributo del sujeto sino como una construcción en un ambiente social, la cual requiere de modificaciones para garantizar la participación del sujeto en dicho contexto social; para este modelo la dificultad no está enmarcada en términos de la capacidad sino de la disposición que tiene el ambiente social para ser modificado y así favorecer la inclusión de la persona con discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Para efectos de la presente investigación se tendrán en cuenta la discapacidad intelectual severa y profunda, así como algunos trastornos asociados.

Las limitaciones en las capacidades cognitivas históricamente han sido definidas como retraso o retardo mental. El retraso mental se define como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años” (Asociación Americana sobre Retardo Mental, 2002). Este concepto sobrepasa la definición tradicional, la cual se limitaba a la asociación con una calificación cuantitativa que establecía el nivel en el que la persona se encontraba, y al contrario, ahora ofrece una explicación en términos de la interacción de la persona con los entornos en los que funciona (Verdugo, 2003). En ese sentido, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) avala el uso científico de la expresión discapacidad intelectual o trastornos del desarrollo intelectual en cualquiera de sus modalidades, en contraste con

definiciones clásicas de retraso o retardo mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995).

Las limitaciones en las funciones cognitivas son señaladas en el CIE – 10 dentro del Retraso mental. El RM es considerado como un trastorno en que el desarrollo psíquico está detenido o se ha dado de forma incompleta y se caracteriza por el deterioro de las funciones concretas que se dan en cada una de las etapas del desarrollo (funciones cognoscitivas, en el lenguaje, motoras y en lo relacionado con la socialización) o que inciden de forma global en la inteligencia. Es preciso que se mencione que para que se dé un diagnóstico definitivo en la persona debe presentarse, un deterioro o disminución del rendimiento intelectual, que lleva a una disminución en la capacidad para adaptarse a las exigencias que se presentan en la cotidianidad por parte del entorno social considerado como “normal”. En algunos casos el RM puede estar acompañado de trastornos asociados con lo somático y/o mental que tiene una repercusión en el cuadro clínico y en todo lo que respecta al funcionamiento personal y social de la persona. El RM suele diferenciarse en varios niveles: Leve, Moderado, Grave, Profundo.

En el Manual de Diagnósticos DSM –IV el retraso mental es considerado como una capacidad intelectual general que es inferior a un promedio establecido y que *“se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa por lo menos de dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales / interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad”* (p.60). Como ya se mencionó el RM se divide según gravedad, y pueden especificarse cuatro grados de intensidad según el nivel de “insuficiencia intelectual”. El RM Leve en el DSM – IV es considerado una

categoría pedagógica o que puede recibir un proceso de educación que se adapte a las características de la persona. Este grupo, según el manual incluye a la mayoría (85%) de las personas que están afectadas por el trastorno. Las personas que hacen parte de este grupo, pueden desarrollar sus habilidades sociales y de comunicación durante los primeros años de su vida, no se evidencian en ellas tantas dificultades a nivel sensorio motor, pueden adquirir conocimientos académicos, en la vida adulta pueden adquirir mayores habilidades sociales y laborales para alcanzar una autonomía mínima, pero pueden requerir de una supervisión y orientación continuadas ueden vivir de forma satisfactoria en comunidad, y puede participar de forma independiente.

El RM Moderado equivale según el manual a una categoría a la que pertenecen el 10% de toda la población con RM. Las personas con este diagnóstico pueden adquirir sus habilidades comunicativas durante los primeros años de la niñez, logran adquirir una formación laboral con una supervisión limitada o moderada, pueden formarse en habilidades sociales y pedagógicas; logran adquirir independencia en desplazamientos a lugares que les son familiares, en la adolescencia debido a la dificultad para reconocer las convenciones sociales puede verse afectadas las relaciones con otros muchachos y muchachas y en la etapa adulta pueden vincularse a talleres protegidos bajo supervisión o empleos con apoyo, se logran adaptar a la vida en comunidad, pero casi siempre van a requerir de apoyos permanentes.

Para efectos de este trabajo, el énfasis se llevara a cabo en las dos siguientes clasificaciones que corresponden al RM Grave y al RM Profundo. El primero incluye el 3-4 % de personas con RM. En los primeros años algunos logran adquirir lo que se denomina un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Es probable que en edad escolar puedan hablar y

pueden formarse en la adquisición de habilidades básicas de cuidado personal. Algunos logran adquirir lectura global; en la edad adulta pueden hacer tareas simples bajo supervisión en instituciones. En su mayoría pueden adaptarse a la vida en comunidad a no ser que tengan una discapacidad asociada que requiere de un cuidado especial. Finalmente, el RM Profundo, señala el DSM – IV incluye el 1 – 2 % de las personas con RM. La mayoría de personas que presentan este diagnóstico presentan lo que se conoce como una enfermedad neurológica la cual da explicación sobre el RM. En los primeros años de la niñez las personas desarrollan alteraciones en el funcionamiento sensoriomotor; puede alcanzarse un desarrollo óptimo en un ambiente estructurado con apoyo y supervisión constante e individual. Pueden mejorarse sus habilidades de comunicación y cuidado personal si se lleva a cabo un proceso de entrenamiento; logran hacer tareas simples en instituciones protegidas.

La American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010), entiende la discapacidad intelectual como un fenómeno multidimensional y señala *“cómo el funcionamiento humano y la presencia de la discapacidad intelectual implica la interacción dinámica y recíproca entre habilidades intelectuales, conductas adaptativas, salud, participación, contexto y apoyos individualizados”* (p.42). Esta es una nueva manera de concebir la discapacidad como el ajuste entre las capacidades de la persona y el contexto en el que esta funciona. La discapacidad intelectual es un estado de funcionamiento, no una condición interna del individuo, los apoyos individualizados tienen un papel fundamental en potenciar el funcionamiento del sujeto. El funcionamiento humano comprende y abarca *“todas las actividades vitales e incluye estructuras y funciones corporales, actividades individuales y participación, en lo cual influyen a su vez la propia salud y factores*

contextuales o ambientales” (p.43). La discapacidad es entonces una limitación en el funcionamiento individual y social.

Es pertinente hacer una revisión de la forma como son definidas las seis dimensiones de este funcionamiento. Las habilidades intelectuales, “*capacidad amplia y profunda para comprender nuestro entorno, darle sentido a las cosas o averiguar qué hacer*” (p.44), incluye razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje rápido y aprendizaje a partir de la experiencia (Gottfrenson 1997 citado por el Comité sobre terminología y clasificación de la AAIDD, 2010). La conducta adaptativa, son las habilidades que va desarrollando el individuo que le permiten funcionar en la vida diaria, las cuales son prácticas, aprendidas, conceptuales y sociales. La tercera dimensión, la salud, “*un estado integral de bienestar físico, mental y social*” (p. 45), la cual puede afectar directa o indirectamente el funcionamiento en las otras áreas, principalmente en las actividades personales y la participación social. La cuarta dimensión, es la participación que está relacionada con el funcionamiento del individuo en la sociedad y compete “*a la actuación de las personas en actividades diarias de los distintos ámbitos de la vida social*” (p.46), lo que incluye interacciones con familiares, amigos, vecinos, etc.; roles sociales relacionados con el hogar, empleo, educación, diversión, actividades culturales. La quinta dimensión, hace referencia al contexto que se define como “*las condiciones interrelacionadas en las que las personas viven sus vidas día a día*” (p.46). Esta incluye: el entorno social inmediato, microsistema (familia y/o defensor o defensores), el mesosistema (comunidad, organizaciones educativas, servicios de habilitación) y por último el macrosistema (patrones globales culturales, sociales, las influencias sociopolíticas). Esta dimensión incluye factores ambientales (ambiente físico,

social, actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas) y personales (género, raza, hábitos, estilos de afrontamiento, origen social, acontecimientos vitales pasados y presentes, el tipo de carácter, los recursos psicológicos individuales). Los aspectos personales no forman parte de una condición de salud. La última dimensión, se refiere a los apoyos, el funcionamiento se va a ver beneficiado por el uso de apoyos individualizados que son definidos como “*estrategias y recursos que pretenden promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona y que mejoran el funcionamiento individual*” (p.47).

1.1.1 Implicaciones de la discapacidad a nivel mundial y en Colombia

Uno de los motivos por los que surge gran interés en abordar el tema de discapacidad se debe al incremento en la prevalencia a nivel mundial, por lo que surge la necesidad de proponer, promover y ejecutar planes de cubrimiento en atención a esta población. Conviene identificar el número de personas con discapacidad en el mundo, las causas y consecuencias. La OMS señala que alrededor de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, es decir una representación aproximada del 15% de la población mundial (Organización Mundial de la Salud, 2013). Pese a que las cifras no son tan recientes, en el caso de América Latina se han reconocido hasta 85 millones de personas con discapacidad, un 9% de la población mundial identificada con discapacidad (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Es así como en el caso de la región Panamericana, Stang (2011) en *la situación de las personas con discapacidad en América Latina* se basa en los datos proporcionados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL y el Banco Mundial, para referir que Brasil es el país que presenta un mayor índice de prevalencia de población con

discapacidad con un porcentaje de 14.5%, mientras que Guatemala se ubica como el país con mejor prevalencia con el 6.2%.

Para el caso de Colombia, han sido reconocidas 882.232 personas con algún tipo de discapacidad de las que un 40% presenta algún tipo de alteración relacionada con el sistema nervioso (MinSalud, 2012); en Bogotá han sido identificadas 171.439, y guarda relación con los datos a nivel nacional ya que existe una mayor representación también en aquellos que presentan en algún grado afectaciones del sistema nervioso (Secretaria Distrital de Salud, 2012). De ese modo, Colombia establece su representación del concepto de discapacidad, bajo una ley que ampara los derechos de las personas con discapacidad: *“Personas con y/o en situación de discapacidad: Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”* (Congreso de Colombia, 2013, p.1).

En Colombia, Rodríguez (2002) en la revisión sobre los estudios sobre situación de discapacidad refiere que la prevalencia de discapacidad tiene una relación con el aumento de edad, siendo que el grupo entre 70 – 85 años es el más afectado; también hay presencia evidente de la discapacidad en el grupo de personas en edades entre los 46 – 50 años debido a lesiones por accidentes; y las limitaciones en la población menor a cinco años se debe principalmente a problemas perinatales, congénitos o infecciosos, mostrando así un 12.5 %.

Para la encuesta mundial de la salud mencionada por la OMS y el BM en 2011, la prevalencia mayor de la población con discapacidad se observa en países que muestran

bajos ingresos, situación que también fue confirmada por la United Nations Children's Fund (2008), y que además argumenta que los niños cuyas familias viven bajo altos índices de pobreza y que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan más riesgos de discapacidad, igual que las familias con pocos ingresos, con poca formación académica o sin trabajo. Afianzando el círculo de pobreza-discapacidad.

La OMS y el BM (2011) señalan que se observa un deterioro en los resultados sanitarios en personas con discapacidad, ya que hay algunos casos en los que la población desarrolla enfermedades secundarias que pueden prevenirse, comorbilidades y otros trastornos relacionados con la edad. Adicional a esto, hay un factor de riesgo relacionado con la violencia a la que este grupo poblacional es expuesto y a las complicaciones que surgen en relación a la necesidad de los servicios que garanticen una calidad de vida, pero que no son suministrados. De la misma manera, estos entes refieren la dependencia y la participación limitada a la que se ven sometidas las personas con discapacidad por acceder a procesos de institucionalización, por lo que con esto se ve reducida la participación en el colectivo social. El mayor apoyo proviene de la familia o redes sociales, pero también esto implica en los cuidadores y cuidadoras mayor carga física, emocional y psicológica y al mismo tiempo un aislamiento que trae consigo una pérdida de oportunidades socioeconómicas, debido a que se centran en el cuidado de la persona con discapacidad.

Stang (2011) manifiesta que el bajo nivel de empleo y la baja capacidad económica de las personas con discapacidad y sus familias afectan el acceso a la cobertura en salud. En algunos países de la región panamericana al menos el 84% de la población con discapacidad no cuenta con el cubrimiento en salud y sólo el 7% tiene un acceso a la cobertura médica. Ante esta situación el sistema de salud ha sido considerado como

inequitativo en la atención a las personas con discapacidad, así como en el ofrecimiento de atención en rehabilitación o prevención de adquisición de otras discapacidades.

Además del poco acceso a un buen sistema de salud, la población con discapacidad también debe enfrentar dificultad en el acceso a la educación, esto según lo que refiere la OPS (2009), pues afirma que tan sólo de un 20% a 30% de niños y niñas con discapacidad logran acceder a un espacio académico, pero sólo el 5% logra culminar su proceso esto en ocasiones debido no sólo a la falta de programas de inclusión sino porque la población es excluida. En Colombia, según lo que destaca Stang (2011) sólo el 0.32% de estudiantes presenta discapacidad y es incluido en las aulas, en Argentina el 0,69 %. En México el 0.52% presenta discapacidad; teniendo en cuenta se estima que sólo entre el 20% y 30% de los niños con discapacidad asisten a instituciones para acceder a la educación. de la población general tiene acceso al sistema educativo. Sin embargo, es preciso que se destaque que en México el 62,6% de la población con discapacidad asiste a la escuela, en Brasil el 88,6% de niños y niñas con discapacidad asiste al aula escolar. Esta dificultad en la inclusión al sistema educativo, tiene efecto en la adultez cuando se trata de vincular a la persona con discapacidad a un espacio laboral. En la región panamericana se presenta un 70% de desempleo en la población con discapacidad o si no tienen una baja remuneración económica.

Debido a las dificultades laborales y de ingreso tanto para la población con discapacidad como para su familia, se presentan altas tasas de pobreza donde se enfatiza en privación relacionada con inseguridad alimentaria, condiciones habitacionales deficientes, falta de acceso a agua potable y salubridad, y acceso deficiente a un sistema de salud, esto comparándolo con las personas y familias que no tienen una discapacidad. A esto también

se le suma gastos sanitarios, atención médica (citas médicas y compras de medicamentos) (OMS y BM, 2011).

1.1.2 Políticas y movimientos en cuanto a la discapacidad

En la actualidad, bien puede hablarse del movimiento para los derechos de las personas con discapacidad, el cual define la discapacidad como una falta de adecuación entre la persona y el entorno, más que como un resultado de la baja funcionalidad de la persona. Según este movimiento, la discapacidad surge como el resultado de una deficiencia que existe dentro del espacio social, que crea obstáculos y limitaciones para que la persona se integre dentro de una dinámica social estimulante.

Continuando con la historia, esta también ha tenido algunos efectos sobre la comprensión del tema de discapacidad, algunos son: conformación de una convención internacional que recuerda que los principios de la carta de las Naciones Unidas reconocen que: todas las personas tiene los mismos derechos, además que tienen el derecho a disfrutar y procurar por el respeto de los derechos humanos sin discriminación, que la independencia individual es muy importante, que las personas con discapacidad viven en mayor pobreza, que las personas con discapacidad tienen derecho al acceso a la salud. Es así como la convención dentro de sus planteamientos lo que pretende es eliminar las barreras que impiden la participación de las personas con discapacidad en la sociedad. Finalmente otro de los efectos así como en nuestro país, es el establecimiento de una política pública de discapacidad (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006).

Es menester señalar la implementación de dos documentos estatales en Colombia de trascendencia para las personas con discapacidad, la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social consignada en el documento CONPES 166 (Departamento

Nacional de Planeación, 2013) y la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital (Alcaldía Mayor de Bogotá Distrito Capital, 2007), establecida por Decreto en la ciudad de Bogotá. De estos documentos es posible sintetizar algunos aspectos generales tales como: el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, la importancia de enmarcar la promoción del sujeto desde un enfoque de derechos alterando el modelo tradicional asistencialista, la necesidad de reconocer la rehabilitación basada en la comunidad y el enfoque diferencial donde la persona con discapacidad es reconocida como un sujeto en interacción con otras personas propias de su comunidad de referencia, permitiéndole así el aprendizaje de variables propias de su cultura.

Desde el CONPES para garantizar que se dará cumplimiento a lo propuesto se definieron ejes de la PPDIS e Inclusión Social: I) transformación de lo público, II) Garantía Jurídica, III) Participación en la vida política y pública, IV) Desarrollo de la capacidad y V) Reconocimiento de la diversidad.

1.2 Contexto Institucional

En la ciudad de Bogotá hay diferentes centros o instituciones del estado que brindan atención integral a niños, niñas, adolescentes y adultos en condición de discapacidad ya sea física, mental, cognitiva, sensorial o multidiscapacidad (presencia de dos o más diagnósticos en una persona). Algunas de estas instituciones cumplen una función externa, es decir, las personas que se benefician de los programas viven en sus casas y con sus familiares y durante la semana asisten para recibir la atención de un equipo interdisciplinar (Fisioterapia, Psicología, Nutrición, Terapia Ocupacional, Educación Especial, Fonoaudiología, Educación Física y Enfermería). Otras instituciones cumplen la función

interna, es decir, la población que está cobijada por el servicio, está institucionalizada ya sea por decisión de la familia, o porque no hay referentes familiares y/o sociales que se hagan cargo de la persona con discapacidad. Al igual que los centros externos, las personas con discapacidad institucionalizadas también reciben la atención del equipo de profesionales, que además cumple la función del cuidado en procesos de actividades de la vida diaria, del hogar, protección, salud y bienestar emocional, cuidado personal (alimentación, vestido, vivienda).

La institución en la que participan los tres casos del presente trabajo, lleva ofreciendo este servicio desde hace alrededor de 20 años a un número aproximado de 235 personas en condición de discapacidad divididas en diferentes servicios teniendo en cuenta la edad y el diagnóstico y el programa (institucionalizado o externo). El objetivo de esta institución está enmarcado por su deseo de servir a la población, proporcionarle y garantizarle sus derechos e incluirlos en los diferentes espacios no como personas especiales o diferentes, sino como personas con diversidad en habilidades.

En la actualidad la institución presta el servicio de operador a una entidad del estado, la cual proporciona los lineamientos sobre la forma de ejecutar los programas: por ejemplo, da los parámetros sobre los costos en cuanto a la dotación, a los gastos de transporte, a la alimentación, también proporciona las funciones de cada una de las áreas; supervisa lo que la institución debe cumplir, la forma y número de intervenciones con los sujetos que hacen parte del programa como con las familias en el caso que las tengan. Esta situación es la que dificulta en muchos momentos el desarrollo del quehacer, ya que la labor se generaliza y se deja de lado la particularidad de cada uno de los casos.

El abordaje con la población, según los lineamientos de trabajo, se focaliza en el desarrollo y mantenimiento de habilidades. Por ejemplo, en el caso de las personas con discapacidad intelectual leve y moderada se hace un abordaje para potencializar la habilidades de tipo ocupacional y en adquirir mayores hábitos de independencia; en la población con discapacidad intelectual severa y profunda el proceso de intervención se orienta en el cuidado y el mantenimiento de unos mínimos de habilidades, y no se enfatiza en el fortalecimiento de algunas habilidades sociales y de autodeterminación.

La intervención con las familias, está determinada por un acuerdo de corresponsabilidad, donde estas se comprometen a: estar pendientes de sus hijos en el cuidado de salud, asistir a reuniones de formación, visitar a sus hijos (institucionalizados), en la asistencia regular al programa (externos). La intervención con familias está dirigida a la formación de habilidades, como patrones de crianza, e información de políticas públicas, actividades desarrolladas en los programas externos. Los espacios de apoyo y contención a las familias, no están en los lineamientos de atención. Muchas veces la intervención individual es dada a la familia, como una “obligación” para dar cumplimiento a unas exigencias y lineamientos dados por la entidad reguladora, y en otros casos el espacio terapéutico es buscado por las familias. El objetivo de la institución está centrado en el bienestar de la persona que recibe la atención sea externa o institucionalizada, no siendo uno de los objetivos la atención a los integrantes de la familia.

Como profesional la terapeuta participó en los dos programas y fui abordada por las coordinadoras del servicio para realizar intervenciones puntuales con dos madres, en una para encuadrar el acuerdo de corresponsabilidad y en la otra para ayudar en el proceso de adaptación de la madre y el hijo, en el proceso de institucionalización. La otra madre, su hija participaba en el programa de institucionalización, solicitó directamente el apoyo. Si

bien en los primeros casos, eran muy precisos los objetivos de la intervención, a medida que las familias iban asistiendo a las sesiones, independiente de la edad que tuviera el hijo, podía observarse la necesidad que requerían estas madres de un espacio terapéutico que les pudiera recibir y ayudar a metabolizar, las experiencias pasadas y presente de tener un hijo con una discapacidad severa o profunda, que determina que es muy difícil y angustiante la vinculación con sus hijos.

Se decide continuar la intervención psicoterapéutica con estas madres, apartándose del objetivo que la institución planteaba como su necesidad, para pasar a atender las necesidades de las madres. Surge el interés por identificar y entender, a partir de la particularidad de cada uno de los casos, los factores que favorecieron u obstaculizaron la conformación del vínculo de estas madres y sus hijos con discapacidad intelectual severa o profunda. De la misma manera, se intenta comprender la función que pueden cumplir las organizaciones proveedoras de apoyo y los profesionales en la conformación de la unidad e intimidad de la diada madre e hijo con discapacidad intelectual severa o profunda.

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

2.1 Objetivo General

Caracterizar las vicisitudes del vínculo de tres madres que tienen dos hijos adultos y una niña con discapacidad cognitiva severa o profunda que participan en programas de protección y desarrollo en una institución prestadora de servicios de programas del distrito.

2.2 Objetivos específicos

Identificar las vivencias tempranas de las madres que están relacionadas con la construcción del vínculo entre madre e hijo (a).

Describir la experiencia de las madres con la maternidad.

Describir las características del vínculo establecido entre la madre y el hijo con discapacidad intelectual severa o profunda.

Describir la función del padre en la construcción de la diada madre - hijo con discapacidad intelectual severa o profunda.

Describir las características externas de la diada madre – hijo que facilitan u obstaculizan (relación económica, cultural y tejido social).

Describir la función de las organizaciones proveedoras de apoyo en la construcción de la diada madre - hijo.

Caracterizar la función terapéutica en las madres de hijos con discapacidad intelectual severa o profunda.

2.3 Metodología

A partir de la experiencia clínica llevada a cabo con madres cuyos hijos e hijas presentan una condición de discapacidad (multidiscapacidad o sino una de los tipos de discapacidad), el presente trabajo reúne características propias de un proyecto de investigación – intervención de carácter cualitativo y descriptivo. En él se da un proceso de intervención a través de los procesos de acompañamiento y de apoyo psicoterapéutico; para la

comprensión de los contenidos de las madres se emplean conceptos teóricos propios del pensamiento psicoanalítico que contribuyen al surgimiento de preguntas de carácter investigativo. Se trata de explorar fenómenos psíquicos de cada una de las madres a través de material empírico que se abordó con cada una sobre las realidades sociales, familiares, internas e incluso en la relación con la terapeuta. Esta exploración se logró consolidar durante el proceso de construcción del trabajo de grado y las supervisiones desarrolladas a lo largo del proceso terapéutico.

La presente investigación está vinculada a la línea de investigación de la Facultad de psicología de Pontificia Universidad Javeriana de Desarrollo de Psíquico – Sujeto y Relaciones.

2.3.1 Diseño

En esta investigación se usa un diseño de caso múltiple con unidad de análisis principal. El presente trabajo se desarrolló a lo largo de un año y medio aproximadamente. Se tomó como grupo terapéutico a tres madres cuyos hijos e hijas presentan una condición de discapacidad y que se han encontrado en estado de institucionalización o externos, a través de programas orientados a la atención de la población con discapacidad.

La recolección de la información se llevó a cabo través de la construcción de protocolos en lo que se hizo un registro concienzudo sobre lo sucedido en cada una de las sesiones. Estos protocolos fueron la principal unidad de análisis en cuanto a lo relacionado con la formación y los factores que incidieron en el desarrollo del vínculo de la diada madre e hijo con discapacidad.

Toda la información que fue recolectada durante las sesiones terapéuticas se maneja bajo acuerdos de confidencialidad tanto con las pacientes como con la institución en la cual se

desarrolló la labor terapéutica y de investigación. Es así como los nombres de las pacientes y de sus hijos (as) han sido cambiados y no se pone en evidencia el nombre de la institución. Adicional a esto, por solicitud de la institución la terapeuta se compromete a socializar los resultados como una manera de retroalimentar los procesos adelantados en la institución. La institución fue informada del fin académico que tenía la investigación a través del trabajo terapéutico, por lo que ésta dio su consentimiento.

El espacio terapéutico fue un lugar en el que se logró contener los contenidos emocionales de angustia, confusión y perturbación de las tres madre, logrando la creación de nuevos pensamientos y comprensiones en relación a su función de madre de un hijo (a) con discapacidad teniendo en cuenta la complejidad de esta situación.

Este trabajo de investigación es de carácter cualitativo y descriptivo, por lo que se busca interpretar y comprender la realidad de cada una de las pacientes, lo cual fue consignado en cada uno de los protocolos supervisados, los cuales son instrumentos descriptivos. Finalmente, este trabajo se realiza siguiendo la Resolución 0008430 de 1993 dictada por el Ministerio de Salud y la Ley 89 de 1989, cuyo objetivo es garantizar la ética de la investigación de tipo científico.

2.3.2 Participantes

La intervención terapéutica se desarrolló con tres mujeres cuyos hijos presentan una condición de discapacidad intelectual severa o profunda y otros trastornos asociados, sus hijos hacen parte de programas de internos o institucionalizados o externos donde asisten los cinco días de la semana y viven con sus familias o externos caracterizados por una

semi- institucionalización. Estas características fueron los criterios para seleccionar a las participantes.

La primera participante es Daniela que tiene 29 años, vive en la ciudad de Bogotá, es la menor de 8 hermanos. Daniela ha tratado de establecer relaciones afectivas con cinco parejas, pero estas han sido de corta duración y el resultado han sido sus hijos. Tiene 6 hijos Michael de 12 años, Sofía de 10 años, Daniel de 6 años, Sebastián de 4 años, Mauricio de 2 años y Luciana de seis meses. de los cuales cuatro están al cuidado de ella y dos de ellos, Michael está al cuidado de sus primos y tíos y Sofía al cuidado de la tía materna. Daniela tiene una relación más estrecha con sus cuatro hijos menores debido a la relación afectiva sostenida con los padres respectivos, y ha sido distante de los mayores también como consecuencia de las relaciones pasajeras y distantes con sus parejas. Sofía su segunda hija presenta una discapacidad intelectual severa.

La segunda participante es Irma, mujer de 44 años que vive en altos de Cazuca en Soacha, nació en una zona rural cálida del país y es la segunda de un total de cuatro hijos. Vino a vivir a Bogotá siendo ella muy joven, primero realizó actividades domésticas, pero por varias dificultades las abandonó y comenzó a trabajar en un bar, primero vendiendo el licor y tiempo después como trabajadora sexual. Durante esa época Irma consumía alcohol, alucinógenos, fumaba, y sostenía relaciones con muchas personas en ocasiones sin protección. En ese tiempo estableció una relación afectiva con un hombre mayor que ella, el producto de esto fue Angélica, cuando el padre de la niña se enteró abandonó el hogar, por lo que Irma asumió el cuidado de su hija, hasta que ella cumplió cinco años. En esa época su hija presentó conductas de agresión hacia la madre como a ella misma, por lo que Irma buscó ayuda, y desde los cinco años Angélica inicio su proceso de institucionalización

en diferentes instituciones. Angélica presenta como diagnóstico una discapacidad intelectual profunda.

La tercera paciente es Gilma mujer de 56 años, madre de dos hijos y quien estuvo al cuidado de ellos debido a la separación con sus respectivos padres por dificultades en la dinámica familiar. Su hija mayor vive independiente, su hijo menor en el momento del parto vivió sufrimiento fetal lo que generó una discapacidad. Gilma para cubrir los gastos del cuidado de su hijo trabaja en modistería con su madre.

Con cada una de las pacientes se llevó a cabo un proceso de atención individual y así se continuó hasta el final del tratamiento.

2.3.3 Procedimiento, técnicas y materiales

Con las tres pacientes se llevó a cabo una psicoterapia con enfoque psicoanalítico, el cual se caracteriza por la implementación de la asociación libre que en las intervenciones se pudo llevar a cabo a través del lenguaje verbal y no verbal emitido por cada una de las pacientes durante los encuentros. Con cada una de las pacientes se estructuró un encuadre en el que se estableció la alianza terapéutica y los horarios y días en los que se llevarían a cabo los encuentros. Las sesiones se llevaron a cabo una vez por semana con una duración aproximada de una hora y media o dos horas. En ocasiones el encuadre fue modificado cuando se incluyó a los hijos en algunas de las sesiones, o cuando estas se llevaron a cabo al aire libre.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 *Una mirada histórica de la maternidad*

Chairo (2000) señala que la madre como categoría lógica universal no existe, sino que son diferentes las maneras en que se “encarna la función” la cual se ha construido y recreado a lo largo de la historia. Antes del siglo XX el hijo estuvo enmarcado por la indiferencia de la madre, y a partir del siglo XX ser madre está representado por el sacrificio, en el afecto y en el renunciamiento de los logros personales. En la actualidad existen muchas mujeres que no eligen la maternidad como una opción; es así que el ser madre es considerado como una producción subjetiva. También la autora señala que existen otros elementos que inciden en la consolidación del vínculo afectivo en la diada madre – hijo, como el contexto económico, político y cultura.

Caporale (2004) por su parte, señala que en Colombia muchas familias han migrado a zonas urbanas, lo que incide en la forma en cómo se representan y se ejerce la paternidad y la maternidad; los ritmos, los intereses, las expectativas frente a los hijos y la misma dinámica familiar varía. Este autor considera que, las vicisitudes que las madres viven desde el momento de la concepción, el parto y la crianza están estrechamente relacionadas con el contexto social e incluso familiar al cual la madre pertenece.

En conclusión, puede pensarse entonces que ser madre está permeado por el momento socio – histórico que esté viviendo cada mujer gestante. Lo cultural, lo económico, lo político y lo social parece que son variables que enmarcan e inciden directamente sobre lo subjetivo de ser madre, o mejor aún la manera como se vive la maternidad.

3.2 La maternidad desde el psicoanálisis

Es en la segunda década del siglo XX comienza a pensarse con más fuerza en el tema de la maternidad y los procesos emocionales que suceden en la mujer desde la concepción, durante el embarazo y en el momento del parto.

Langer (1964) considera que el deseo de una madre por tener a un hijo puede estar relacionado con varias razones o causas: un componente biológico, demostrar fertilidad, el bebé es un intento de la madre por recuperar a su propia madre, además que le permite identificarse con ésta. Otra razón de ser madre, puede tener relación según Langer (1964) “*El feto puede representar para su inconsciente el pene anhelado*” (p. 186).

El deseo de ser madre, en el contenido inconsciente está relacionado con la necesidad psicobiológica de desarrollar todas las capacidades latentes. Desde la conciencia, tener un hijo está relacionado con revivir su propia infancia; rivalidad con otras mujeres, retener un esposo o por la necesidad de un status.

Langer (1964) destaca que la mujer embarazada requiere de amparo y protección, en este periodo sufre una regresión parcial, aumentando sus sentimientos de angustia temprana.

Stern D (1985), hace mención en su texto sobre *La constelación de la maternidad*, que la matriz de apoyo de la madre puede estar conformada por la familia de la madre, o únicamente por el padre – esposo de la mujer gestante. La matriz de apoyo contribuye al trabajo y reelaboración mental, en la madre gestante, en ella hay una reorganización de la identidad que parte de las identificaciones con su propia madre. Winnicott (1951) destaca que la presencia del padre es de vital importancia, de acuerdo al apoyo que éste le brinde,

ella podrá hacerse cargo del bebé y sostenerlo de forma adecuada. Después que el padre acompaña y contiene a la madre, pasará él a tener una relación más cercana con el hijo, lo cual se podrá ver reflejado en las relaciones estructuradas por el niño a futuro, por ejemplo en las relaciones con sus otros familiares, y en las relaciones con los demás. La estructuración de un ambiente sano favorecerá el desarrollo y crecimiento del niño. Winnicott (1946) considera que el vínculo que se da entre los padres, va a permitir que de forma conjunta asuman la crianza, situación que influye en los espacios sociales en los que se desenvuelve y en la forma de solucionar y afrontar los conflictos el niño.

Langer (1964), considera que el embarazo y el parto, son dos momentos y procesos naturales en la mujer; sin embargo los trastornos del embarazo, los dolores, las angustias del parto, pueden deberse, según la autora a trastornos que provienen de conflictos psicológicos y a la identificación con otras mujeres, las cuales ya tenían trastornadas su feminidad, principalmente con su madre y con las funciones maternas.

Hay familias en las que las hijas siguiendo los conceptos de las madres temen al embarazo y al parto, hay otras familias en las que las mujeres son educadas en el temor por su feminidad, dadas las quejas y temores que oyen de sus madres. Se considera que aunque existan estas diferencias, aún se mantiene la idea que pertenecemos a una sociedad que ve en las funciones femeninas dolor y peligro (Margaret Mead, citada por Langer 1964).

Langer (1964) señala otro factor en las causas del trastorno del embarazo, el rechazo del niño, generado por diferentes condiciones el entorno socio-cultural, económico y familiar. El desamor al esposo o pareja, por el abandono, o por ser solteras y tener que asumir la responsabilidad de un niño. Sin embargo, hay mujeres que logran superar estas

vicisitudes, pero al parecer esto depende de la estructuración de una personalidad madura, que fue consolidada con la relación afectivamente estabilizada con sus padres, principalmente con su madre. Otros elementos que la autora destaca como parte de los trastornos del embarazo son: los sentimientos y las ideas que tuvo la madre de su infancia, la cual pudo ser insegura en lo afectivo e inestable en lo económico, sintiendo estas experiencias como un robo de su seguridad afectiva que necesita todo niño. Muchas de estas mujeres adultas, no les fue fácil encontrar un compañero que les garantizara un poco de estabilidad en el mundo externo, ni del mundo interno, por lo que se hace difícil aceptar el embarazo y al nuevo niño. Se identifica entonces, como los factores económicos, culturales y afectivos interactúan, así como la repetición por parte de la mujer – madre adulta de su situación infantil. También como la mujer durante el embarazo y el parto repite la relación primaria o primitiva con su propia madre.

Es preciso que se planteen algunas de las fantasías que tiene por lo general una mujer en estado de embarazó. Deutsch H (s.f.) citada por Langer (1964) destaca que en la mujer embarazada la reagudización de las fantasías en el embarazo y el parto son la causa de varias angustias y trastornos somáticos. Plantea que la madre se identifica con el bebé que lleva en el vientre, reviviendo así la propia vida intrauterina. Una primera fantasía tiene relación con el hecho de que el bebé para la mujer embarazada puede representar en el inconsciente a su propia madre y especialmente a su superyó materno, y así la relación ambivalente con la figura de la madre es vivida con el futuro hijo. El bebé para la madre tiene varias representaciones, pero principalmente representa algo que es robado de la madre, ya sea un hijo de ésta o un hijo del padre. Debido a las fantasías inconscientes en la madre surge el rechazo por el feto, como una manera de defenderse, pero no del bebé

como objeto, sino de la representación de la madre que pueda y quiera robárselo. Langer citando a Klein hace alusión a una segunda fantasía temprana e inconsciente, donde la madre vive su embarazo especialmente a su hijo como si hubiera despojado a la madre de contenidos valiosos del cuerpo, pudiendo sentir que debe ser castigada y la consecuencia es la destrucción de la feminidad o incluso la destrucción del feto que destruirá a su vez la ilusión de la madre (su feminidad). Todas estas fantasías aumentan los sentimientos de angustia y los trastornos somáticos, de la madre.

Deutsch citada por Langer destaca que en la mujer embarazada vive una doble identificación en la que la madre defiende al feto pero al mismo tiempo lo rechaza. Ante esto surge una tercera fantasía, si la mujer se identifica con el feto, proyecta sobre este todo lo relacionado con la propia voracidad infantil, la cual representa el deseo infantil de comer a la madre; cuando el feto representa a la madre, que le teme a la venganza de tipo oral, es vivido como algo que angustia y puede destruirla. Es por eso, que en muchas madres embarazadas surge el temor de dar a luz un monstruo, un ser considerado como anormal. Esto es lo que a su vez está representando por lo que Deutsch citada por Langer destaca: *“juzgan sus propios deseos infantiles como monstruos, que en sus fantasías exigentes frente a sus madres se comportaron como monstruos”* (p. 185). Soifer (1971) señala que el feto lleva a que se incrementen las vivencias persecutorias; los síntomas como el vómito representan una manera de disociar y discriminar, lo bueno de lo malo dentro de la madre, expulsando así lo malo para tratar de quedarse con lo bueno, el hijo, pero aún sigue siendo aterrador.

El miedo de dar a luz un monstruo, viene también, según la autora del temor por parte de la madre a sus propios sentimientos destructivos contra el hijo, el cual puede estar

representando al esposo, o uno de los padres o uno de los hermanos, pero siempre es algo que para el inconsciente pertenece a la propia madre (Langer, 1964). Rodríguez M, (2003), señala que la madre ante la posibilidad que su hijo tenga una malformación pareciera como si retornara a la fantasía donde la mujer debe pagar con el hijo (bebé) el precio de un deseo incestuoso.

Soirfer R (1971) señala que la ensoñación y las fantasías de un hijo hermoso y sano son el refugio que tiene la madre para continuar con el embarazo. El mismo autor Soifer señala que la malformación fetal es una posibilidad. Ante esto, puede destacarse una cuarta fantasía que, ante la posibilidad que se vuelva una realidad, la madre la asocia con la incapacidad y el temor de no impartir un buen proceso de crianza y educación del hijo, por lo que su hijo sería malvado. Es por eso mismo, que en la madre tanto en el tiempo del embarazo como en el proceso de parto, vive la frustración de todos los anhelos, ensueños y fantasías, pero también vive lo relacionado con imposibilidad de volcar la capacidad maternal, siendo un dolor intolerable. Si esta fantasía de malformación del bebé se vuelve realidad, tal y como lo plantea Soifer la madre vive una “herida narcisista” de difícil y lenta recuperación.

Una quinta fantasía que puede identificar está entre la pérdida y el hallazgo, entre el cuerpo que es arrebatado y aquel que está formándose en su interior y la cual pareciera que se fundamenta en una ilusión. En el noveno mes surge la ansiedad derivada de la incertidumbre, la cual juega un papel importante y predominante en el narcisismo infantil, el cual dispone del pensamiento mágico y onnipotente de las ideas. En este caso en la mujer embarazada en el noveno mes acude al mecanismo de evacuación, desplazada hacia el proceso de parto (Soifer, 1971).

Ya en el momento del parto, puede surgir una sexta fantasía, en el hospital el bebé será mejor cuidado, también que ella no lo sepa cuidar, se enferme y se pueda morir o que puede ser robado por la suegra o el personal del hospital. En el periodo postparto, las fantasías están centradas en el momento y tiempo de la alimentación del bebé a través de la lactancia.

3.3 *Comprensiones sobre la relación vincular madre – bebé*

Freud en su escrito *El esquema del psicoanálisis en 1938* describe que el apego como una formación de lo que se conoce como el primer amor, que está dado por la relación entre la satisfacción del niño y la persona que le proporciona el alimento. Con esto se va formando un vínculo que trasciende la satisfacción de las necesidades.

3.3.1 *Ideas de Bowlby*

Bowlby (1997) en uno de sus artículos, hace una revisión de varios autores y destaca a Klein cuando menciona que *“la relación con el pecho amado, odiado, bueno, malo es la primera relación objetal del bebé”*. *“El estrecho vínculo entre el bebé y la madre se centra en la relación con el pecho de esta”* (395). Adicionalmente, la autora señala la importancia innata del seno materno en el inconsciente del recién nacido. Siente que existe un objeto de singular bondad y ese objeto es el pecho de la madre. En la mente del bebé también existe un deseo primario de regreso al vientre materno, *“deseo universal de volver al estado prenatal”* (396). Es por eso que la hipótesis de Klein sobre el vínculo materno se fundamenta en que hay una necesidad primaria oral de succionar el pecho materno, lo que se basa en un deseo primario de regresar al estado prenatal de unidad con la madre.

Por su parte, Bowlby (1958) en su obra “*Apego y Pérdida*” desarrolla su teoría del Apego, propone que el vínculo que se establece entre el infante en el primer año de vida y el cuidador, actúa como esquema para el desarrollo. El apego es pues considerado como la base fundamental para el desarrollo del amor y del miedo. Según el autor lo más importante en el apego es la relación con la madre o cuidadores, ya que con base en ésta, el bebé construye el modelo del mundo y de él mismo, y es a partir de esto que el niño comprende la realidad y anticipa el futuro.

Bowlby (1989) en su libro “*Sobre una base segura*” destaca que el vínculo entre la madre y el bebé se da y fortalece en el momento de la alimentación. La conducta de apego, dice Bowlby es “*cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo*” (p. 40). Los comportamientos infantiles como succión, aferrarse, sonreír y llorar tienden a generar respuestas de cuidado y protección por parte de la madre o de los cuidadores, lo que lleva a su vez a generar la estructuración de un vínculo.

Cuando se le dice a una madre que su hijo está apegado, se está haciendo alusión a que su forma de apego está basada en la proximidad y en el sentimiento de seguridad y cuidado que el bebé experimenta cuando la madre está cerca. Ante esto, bien puede hacerse un paréntesis y mencionarse a Klein (1959) quien dice que la capacidad de amor y devoción del bebe hacia su madre se transforma no sólo como lo plantea Bowlby en la proximidad o las relaciones con los demás, sino también en la devoción a diferentes causas que considera como buenas, y esto es lo que más adelante complementaria las relaciones con los demás,

ya que el niño considerará sus relaciones como valiosas, partiendo del vínculo con su madre, y esto es lo que lleva a que haya un efecto en la capacidad para reparar y amar.

Retomando a Bowlby (1981), señala que es esencial para la salud mental del niño la experimentación de una relación afectuosa, íntima y continua con la madre o el sustituto de ésta, ya que ambos pueden recibir satisfacción y gozo según sus necesidades. Esta relación es lo que Bowlby considera como la base del desarrollo del carácter y de la salud mental. Pero cuando un bebe carece de esta relación se le denomina “privación de la madre”. Con esto no sólo se hace referencia a la ausencia física de la madre, sino que el mismo bebe puede experimentar una forma de privación, en la que él se siente privado de ella aunque esté en el seno de su hogar, ya que parece que la madre es incapaz de proporcionar el cariño o la atención que este requiere. Esta privación sólo será leve si el niño pasa al cuidado de otra persona que haya aprendido a conocer, pero esta se vuelve grave si el niño no conoce a la persona y le resulta totalmente extraña, ya que pese a sus señales la persona no acude y no suministra seguridad. Ante esto, Bowlby hace una comparación con las instituciones en las que a menudo los niños no cuentan con una persona que lo cuide de manera individual y con la que pueda sentirse seguro. Los efectos de la privación parcial pueden identificarse en aumento en las respuestas de ansiedad, excesiva urgencia de cariño, poderosos sentimientos de venganza y como resultado de esto, la vivencia de sentimientos de culpa y depresión. La privación completa de la madre tiene mayores efectos sobre el desarrollo del carácter y puede invalidar la capacidad de relacionarse con otras personas.

Bowlby (1981) continua señalando que existen otras formas de privación ya sea por separación o por rechazo en las que las relaciones padre, madre – hijo pueden verse influenciadas de manera negativa. Las más comunes tienen una relación con actitud de

rechazo inconsciente oculta por parte de la madre tras otra de amor; otra tiene que ver con una excesiva demanda de amor y seguridad por parte de una madre y la obtención inconsciente de la satisfacción por parte de la madre con respecto al comportamiento de su hijo. Se hace evidente como lo señala Bowlby que ante la privación de la madre y ante el debilitamiento del lazo vincular, en el niño pueden suceder varios efectos como aislamiento, pérdida de apetito, imposibilidad para responder a los gestos de los demás, dificultades en el proceso de sueño y además puede verse un retraso en el desarrollo.

En situaciones en las que hay una privación afectiva de la madre, la familia hace presencia en este panorama, por lo general, de manera positiva, pero puede suceder que la familia, atraviese por varias dificultades que incidan en la privación de la madre en la relación con el bebé; algunas de estas dificultades pueden ser: el grupo natural de hogar no está establecido (ilegitimidad); grupo natural está presente pero es poco eficaz (desempleo, pobreza, enfermedad, inestabilidad mental de uno de los padres); grupo natural de hogar destruido (calamidad social, muerte de uno de los padres, enfermedad, encarcelamiento, abandono por parte de algunos de los padres o de los dos, separación, empleo del padre lejos de su casa o inflexibilidad en el espacio de trabajo de la madre) (Bowlby, 1981).

Teniendo en cuenta estas dificultades en las que la familia atraviesa por problemáticas y en donde el bebé es privado de su madre, aparece la estructuración de otros ambientes considerados como sustitutos para que puedan ser suplidas las necesidades de los bebés y niños. Bowlby (1981) menciona que esto se presenta más en los casos en los que se necesita atención y cuidado para lo que fue denominado como niños inadaptados y enfermos. Por eso mismo, es que el autor señala que existen tres grupos de niños que son separados de sus hogares, privados de sus madres y que necesitan atención especial,

asumidos por instituciones. El primer grupo se refiere a los niños que padecen incapacidad psiquiátrica y son apartados de sus hogares por agentes legales o sociales debido a que requieren una atención especializada o para evitar que puedan dañar a otros o a ellos mismos; esta situación dice el autor puede ser el resultado o no de condiciones inadecuadas en el hogar; el segundo grupo se refiere a los niños cuya “incapacidad” psiquiátrica ha sido causada por sus experiencias en instituciones u hogares sustitutos. Finalmente el tercer grupo, se refiere a aquellos bebés y niños cuya incapacidad es el resultado de experiencias desafortunadas en el hogar, por ejemplo situaciones de maltrato, descuido o destrucción del hogar. En estos niños, se identifica una pérdida total de la madre, la cual no tuvo la capacidad de estar con ellos y de comprender sus angustias.

Por otro lado, Bowlby (1989) señala en su libro “*Sobre Una Base Segura*”, que existen unas fases que se constituyen en la psiquis del niño y que inciden en la estructuración del vínculo con la madre. Una primera fase abarca lo relacionado con el apego inseguro, el cual se caracteriza porque los niños son inseguros, y lleva a que al reunirse con la madre después de un tiempo de estar distanciados, los comportamientos del niño son difusos y contradictorios. Ahora se enunciarán otras fases que hacen parte del proceso de apego: la primera hace referencia al preapego la cual va desde el nacimiento hasta las seis primeras semanas, básicamente en este momento el bebé se dedica a sobrevivir basándose en sus reflejos. En la segunda fase se da la formación del apego en esta el bebé orienta su comportamiento hacia su madre, y al mismo tiempo espera respuestas por parte de ella; aún no se presentan las respuestas de ansiedad cuando se separa de la madre a pesar de que ya la reconoce. La tercera etapa tiene que ver con el apego propiamente dicho, en esta fase el vínculo con la madre ya se hace más evidente, por lo que el niño ya muestra ansiedad y

enfado durante los momentos de separación de la madre. Finalmente, en la última fase se hace alusión a lo relacionado con la formación de relaciones recíprocas. En esta fase aparece el lenguaje y la capacidad del niño de representar mentalmente a la madre, lo que le permite predecir el momento en el que la madre regresara a su lado. De esta manera la ansiedad comenzara a disminuir, ya que el niño alcanza la comprensión de que su madre no se ausentara de forma definitiva, sino que más bien la madre regresará.

Una vez terminada la exploración propuesta por Bowlby sobre las miradas sobre el vínculo que une al niño con la madre, a continuación se presentarán algunas ideas propuestas por Wilfred Bion, Donald Winnicott y otros autores.

3.3.2 Algunas ideas de Bion y algunas aplicaciones

Elizabeth Tabak (1997) cita a Bion (1979) en su artículo: *“De los objetos a los vínculos: descubriendo la racionalidad”* y menciona que: *“cuando dos personalidades se encuentran, se crea una tormenta emocional... si hacen suficiente contacto... se produce un estado emocional por la conjunción de estos dos individuos”* (p. 139). Teniendo en cuenta esto, Tabak destaca la importancia del vínculo y de las funciones de *“vinculación o vinculantes”* (p. 139). Adicional a esto, Tabak hace referencia a la definición del concepto vínculo, como: *“uno de los lazos o eslabones de los que está hecha una cadena, por lo tanto algo que conecta cosas separadas, por ejemplo los objetos”* (p. 139).

Bion citado por Tabak menciona que la función del vínculo es proveer el vínculo entre dos objetos, esto es lo que podría denominarse un prototipo propio de la función mental. Bion destacó que el mecanismo de identificación proyectiva propuesto por Klein, es el medio de comunicación más primitivo entre el bebé y el ambiente, puntualmente la madre.

Es así como destaca, basándose en lo anterior que la mente de la madre en su capacidad de recibir, contener y comprender las ansiedades y temores del bebé funciona como una forma de vínculo. Esto es lo que Bion, quiso mencionar cuando consideró “*al pecho un vínculo*” (p. 141). Considera que el aspecto vinculador y comprensivo de la mente de la madre (su función mental de contención) será introyectado por el lactante lo que llevará a que se constituya el núcleo de su Yo. Las funciones de contención y comprensión destaca Tabak, del vínculo interno se constituyen entonces en la función continente y comprensiva de uno mismo.

Bion (1980) destaca que la capacidad de reverie de la madre es considerada inseparable del contenido, ya que uno depende del otro. Si la madre que alimenta no tiene esta capacidad o si esta se da pero no es asociada con amor hacia el niño o incluso el padre del bebé, es un hecho que le será transmitido al niño, aunque aún no piense o comprenda. La cualidad psíquica del bebe, depende de la cualidad psíquica de la madre, por lo que el impacto que tiene uno sobre el otro es lo que se conoce como experiencia emocional, la cual es susceptible de transformación por la función alfa. Bion destaca su preferencia para referirse a la capacidad reverie cuando se habla de amor y odio, por lo tanto si “se lo usa en un sentido restringido, el reverie es aquel estado anímico que está abierto a la recepción de cualquier objeto del objeto amado, y por eso, es capaz de recibir las identificaciones proyectivas del bebé, ya sean sentidas por éste como buenas o malas” (p. 74). En cuanto a este postulado de Bion, Harris M. (1969) hace algunas aclaraciones señalando que la necesidad de un niño de una madre que reciba toda la incomodidad y que considere y responda de forma apropiada a todos sus contenidos, cuando esto sucede el niño tiene una experiencia de ser reconfortado y comprendido por su madre; recibe la metabolización de

los elementos psíquicos perturbadores y ya estos elementos son tolerables, así introyecta lo que Bion (1980) ha denominado como la capacidad *reverie* de la madre, por lo que el bebé comienza a ser capaz. Adicionalmente, Bion destaca que la capacidad *reverie* hace referencia a la misma “*capacidad de la madre para devolverle al bebé su experiencia emocional sin metabolizar (se hace mención a los elementos beta) en forma de pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por él (elementos alfa)*”.

Bion señala que la función de *reverie* hace alusión al estado mental que requiere y necesita la madre para poder sintonizarse con las necesidades que el bebé le expresa. Cuando esta falla, es decir, si la madre no logra sintonizarse con su bebé en lo relacionado con la metabolización de la experiencia emocional y le devuelve en los elementos beta recibidos, la madre puede producir un bebé psicótico, pero si la incapacidad de la madre es tal que lleva a que el contenido emocional que le es proyectado por el bebé se quede en el aire, sin ser metabolizado o sin ser tenido en cuenta, estas madre producen un bebé considerado como fanático o autista (Stitzman, 2004).

Ahora bien, continuando con lo expuesto por Bion, Stitzman L. (2004) en el artículo “*Alfa y Beta*”, menciona que para definir el espacio mental Bion inicia su postulado basándose en la definición geométrica del espacio. Stitzman para explicar este modelo se fundamenta en lo propuesto por Klein, hace mención que cuando se escucha por primera vez el llanto del bebé cuando llega al mundo externo, expulsa ante el mundo todo su contenido emocional a través de las identificaciones proyectivas, específicamente el instinto de muerte, lo cual permite que se pase de un espacio en el que hubo muerte ahora a un espacio adecuado para contener la vida. En el evento en el que el bebé no sea capaz de llorar, entonces, dice Stitzman, el bebé será incapaz de crear un espacio suficiente para

contener la vida, por lo que el resultado de esto es que muera. Aquello que expulsa el bebé es lo que Bion (1988) ha denominado como elementos beta, los cuales han sido definidos como aquello que ha sido incapaz de ser procesado por la mente, son experiencias emocionales llamadas puras que no se han podido metabolizar. Adicional a esto, Bion argumenta que las experiencias emocionales que son expulsadas dejan un espacio que queda vacío, el cual debe ser llenado con pensamientos pensados y tolerados. Estos pensamientos, señala Stitzman que traen el material para la vida mental y anímica lo hacen en una forma distinta, es decir otro tipo de elementos a los que Bion ha denominado como elementos alfa.

La capacidad de tolerancia del bebé con sus frustraciones dependerá por un aparte de las demandas pulsionales que le son innatas, como de las respuestas de la madre real externa, y esto es lo que Bion (1998) ha denominado como el modelo continente – contenido, lo representado por lo femenino y masculino. La relación que se da en este modelo implica complementariedad entre la proyección del niño (♂) y lo que corresponde a la forma receptiva de la madre (♀).

Bion (1988) considera que la ansiedad está directamente relacionada con el sadismo y la pulsión de muerte. Considera al igual que Klein, que el bebé expulsa las emociones y las fantasías que lo llevan a experimentar las sensaciones y emociones de peligro a desintegrarse o incluso a ser aniquilado. Es por eso que la capacidad continente de la madre, como función del origen de la construcción interna en el bebé, y permite un proceso secundario, el juicio de la realidad y la demora en la descarga. Cuando el proceso se da de forma normal la madre y el bebé están adaptados uno al otro, por lo que las identificaciones proyectivas son vividas como una realidad, de un sentido rudimentario. Este pensamiento

es el que lleva a Bion a plantear la identificación proyectiva realista, la cual se basa en que el bebé le proyecta en la madre todos los contenidos que deben ser liberados, como el temor a la muerte como ya se había mencionado. La madre ante esta liberación y recepción actúa, devolviéndole al bebé las identificaciones proyectivas en una forma tolerable, en otras palabras, la madre metaboliza los elementos proyectados por el bebé (sentimientos de angustia) y los devuelve de una manera que para él son más tolerables, pero esto depende principalmente de la capacidad de *reverie*.

Por el contrario si esta función falla, el bebé aumenta la intensidad de las identificaciones proyectivas, en un intento por comprenderlas y otorgarles un significado con ayuda de la madre. Al no ser metabolizadas estas se reintroyectan de forma masiva, lo que lleva a que aparezca un objeto interno destructor que impide dar y recibir algo bueno. Con lo mencionado anteriormente se identifica la importancia de la capacidad *reverie* de la madre externa real. Si la madre tuvo la capacidad de contener las angustias del bebé al mismo tiempo debe estar en la capacidad de proveer las necesidades de éste, como por ejemplo la leche, el amor, el calor y la paz; todo lo cual determina que las realizaciones positivas como negativas serán utilizadas para aprender de la experiencia. Sin embargo, para alcanzar esto es necesario que el bebé alcance la capacidad de enfrentamiento y modificación del dolor que promueve el crecimiento mental (Bion 1988). Cuando se evita el dolor depresivo se produce una inhibición del crecimiento psíquico. En ese caso, la intensidad negativa de las cargas emocionales que fueron proyectadas a la madre al no encontrar un continente adecuado se reintroyecta al bebé bajo la forma de lo que ha sido denominado como “*el terror sin nombre*”.

Cuando la capacidad de aprender de la experiencia no se logra establecer, esta es sustituida por el bebé por la omnipotencia y omnisciencia, lo que genera una pérdida de las diferencias entre lo que es verdadero y lo que es falso. Se instaura lo que podría denominarse un súper – yo más riguroso que crea sus propias leyes morales y trata de imponerlas a los otros que rodean al bebé.

Bion (1980), plantea cómo la función alfa y se agregará la noción de la pantalla beta. En primer lugar los elementos alfa se originan de las impresiones sensoriales y de las diferentes experiencias emocionales que son transformadas en imágenes visuales y que son utilizadas por la mente para la formación de sueños, recuerdos, y principalmente para dar paso a las funciones de simbolizar y de pensar en el bebé. La función alfa si funciona de forma adecuada logra transformar todas las impresiones sensoriales y las primeras experiencias emocionales en elementos alfa, lo que incluye procesos de pensamiento y productos como gestos o formulaciones abstractas. Se considera importante que la madre tenga un adecuado desarrollo de la función alfa para que así mismo el bebé pueda desarrollarla, teniendo en cuenta que es la madre la que metaboliza todos los elementos del bebé cuando éste los proyecta. Con lo anterior, se reafirma la idea sobre el hecho de que el bebé llega a la vida con necesidades básicas de afecto, alimentación y protección, bajo un estado de dependencia de la madre de forma absoluta (aquí teniendo en cuenta los elementos beta, lo elementos alfa, y *reverie*). Es por eso que como ya se ha tratado de plantear el desarrollo depende de la madre. Ante esto, Meltzer citado por Cárdenas K. & Muñoz C. (2008) menciona que “la relación entre la madre y el bebé en el que la madre tiene que realizar funciones mentales por el bebé a fin de que este pueda con el tiempo, mediante la introyección gradual de dichas funciones en sus objetos internos, aprender a

realizar estas funciones por sí mismos” (p. 1). Meltzer citado por Muñoz y col considera que la calidad de las funciones se relaciona con la presencia y calidad del vínculo madre – hijo. La madre que está presente se convierte en un receptor e imán de los sentidos del bebé, a través de la concentración de sus propios sentidos o de lo que se ha denominado desde Bion (1980) como su función alfa. La mirada, la voz, la sonrisa, los brazos acogedores, el calor del cuerpo de la madre, la leche que le ofrece, todos unidos, favorecen la conformación de la función de atención y conciencia del bebé, lo que se ha considerado como indispensable para que el bebé pueda captar, paso a paso, las funciones maternas y así poderlas introyectar. En contacto permanente de la madre señala Cárdenas & Muñoz lleva a que el bebé entre en una vida y espacio placido, en un ambiente seguro. Ante esto, las autoras destacan que se presentan escenarios diferentes a este espacio idealizado, ya que hay algunos bebés que atraviesan por experiencias de abandono o separación temprana de la madre, por lo que posiblemente sus cuidados no fueron adecuados, y debido a la ausencia de la madre, es posible que sus necesidades no alcancen una satisfacción. Este panorama es lo que dificulta introyectar y desarrollar las funciones psíquicas.

Adicional a lo anterior, Meltzer citado por Schorn (1999) señala que no es suficiente con una madre suficientemente buena como lo menciona Winnicott, sino que se necesita una “madre suficientemente hermosa” que disfrute de mostrar a su hijo como una experiencia emocional de *“carácter pasional, y este bebe puede verla, olfatearla y palparla”* (pp. 61). Pero cuando el bebé no es lo suficientemente hermoso, lo que sucede con la madre es que surge un desencuentro, parece como si la madre no lo reconociera, incluso llega a decir la mujer, como lo dice Schorn *“me lo han cambiado, este no es mi hijo”* (pp. 61). La madre cuando lo tiene cerca, parece que no puede reconocerse y reconocerlo como parte de ella.

Se piensa que para que se dé la función de contención debe existir un espacio mental en el bebé, creado por un objeto continente, real y existente que como se ha mencionado reciba todas las ansiedades y angustias del bebé. Bick, E (1987) destaca que en la experiencia más primitiva las partes de la personalidad se viven como si estuvieran carentes de una fuerza que pudiera unir las, por lo que es necesario asegurar una forma de cohesión que se experimente de forma pasiva mediante la función de la piel, como un límite, como una contención. Es por eso que se hace necesario que el bebé quien mantiene en los primeros momentos de su vida una mente difusa, encuentre un objeto externo que la mantenga unida, es decir, que le permita tener una experiencia en la que la piel o mejor aún el cuerpo le dé una continuidad y una contención (Bick, 1987), lo cual se esperaría pudiera estructurarse en el vínculo madre – hijo.

3.3.3 *Las ideas de Winnicott*

Ahora bien, continuando con la revisión teórica del presente trabajo, es preciso hacer alusión a Donald Winnicott. Este autor en el años de 1998 señala que en la madre surge una “preocupación maternal primaria”, la cual enmarca la capacidad que tiene la madre de identificarse con el bebé, lo que le permite satisfacer las necesidades sosteniendo al bebé de forma segura. El sostén y el manejo adecuados pueden facilitar el adecuado proceso de maduración, y *“un sostén inadecuado puede significar una interrupción de los procesos debido a las reacciones del bebé ante el fracaso de la adaptación”* (p. 87). Del adecuado o inadecuado sostén y manejo también dependen las relaciones objetales. La madre y el bebé se amoldan en el momento de la alimentación y es de este primer vínculo en la diada madre – hijo, en el que surge la capacidad del niño para relacionarse con los objetos y con el mundo.

3.3.3.1 El ambiente y el desarrollo psíquico

Winnicott (1993) en su documento “*Sobre la teoría de la relación entre progenitores - infantes*”, destaca que hay una gran importancia de las influencias personales y ambientales en el desarrollo del individuo. En la infancia de todo niño hay un proceso de formación de la capacidad de recoger los factores externos en el ámbito de la omnipotencia. Es en esto en donde aparece el yo auxiliar de la madre quien durante este proceso le permite vivir y desarrollarse a pesar de que el bebé no tiene la capacidad de controlar lo bueno y lo malo que hay en el ambiente. El autor menciona que hay una paradoja en la que lo bueno y lo malo del ambiente del bebe no son plenamente proyecciones, pero para que el “infante” se desarrolle es necesario que todas las cosas le parezcan una proyección. Es por eso que en este momento se encuentra presente la omnipotencia del niño y el principio de placer. Winnicott señala que el control del principio de placer sólo se logrará cuando el niño ha logrado el desligamiento psíquico completo en relación al de sus padres.

Winnicott señala que las palabras son una manera de generar un contacto entre la madre y su bebé, y si estas incluyen cuidado y amor, serán entendidas por él como aquellas que fundamentan el amor y el vínculo, relación en la que se conforma la unidad. Continúa el autor mencionando, que el niño logra dominar el ello, a partir del cuidado de la madre, quien le proporciona al bebe seguridad, poder y estabilidad. Este vínculo que se da permite entonces que el Yo del bebe pueda liberarse del yo auxiliar de la madre, y desligarse mentalmente de ella.

Winnicott en el artículo, “*La teoría de la relación de los progenitores-infante*”, describe el cuidado materno, los cambios por los que atraviesa la madre y las cualidades, así como

la satisfacción que espera alcanzar la madre en relación al cubrimiento de las necesidades del bebé. Señala que *“el infante no puede empezar a ser sino en ciertas condiciones”* (p. 55); éste logra ser en la medida en que se den ciertas condiciones, favorables o desfavorables, pero esto no determina el potencial del niño. Este potencial, es heredado, pero no puede convertirse en infante a menos que esté vinculado con el cuidado materno-paterental. El potencial heredado incluye la tendencia al crecimiento y al desarrollo de todas las etapas emocionales.

3.3.3.2 Etapas del cuidado parental y el desarrollo del yo

El cuidado parental satisfactorio puede dividirse en tres etapas que se superponen: la primera, sostén, la segunda etapa es donde la madre y el niño viven juntos (no hay un reconocimiento por parte del niño de la función del padre) y finalmente la tercera etapa hace referencia al hecho en donde el padre, madre e infante viven juntos hay reconocimiento del padre.

En cuanto a la primera etapa del cuidado parental, la de Sostén, Winnicott (1993) destaca que el sostén denota no sólo la cualidad de un sostén físico, también el abastecimiento ambiental. El sostén, es una relación tridimensional de la cual depende en el transcurso del tiempo y en el desarrollo la estructuración de las relaciones objétales. El sostén, incluye el manejo de experiencias intrínsecas de la existencia como lo relacionado con los procesos que desde afuera pueden parecer sólo físicos, pero que hacen parte de la psicología del infante, la cual es determinada por la conciencia y la empatía de la madre. El autor destaca que la etapa de sostén puede subdividirse en realidades propias del desarrollo del infante: el proceso primario, la identificación primaria y el narcisismo primario.

El yo pasa de un estado no integrado a una integración considerada como estructurada, con lo que el infante adquiere la capacidad de experimentar sentimientos de angustia asociados con la desintegración. Si este desarrollo se da de forma sana, el infante dice Winnicott (1993) tiene la capacidad para reexperimentar estados no integrados, esta capacidad está determinada por cuidado confiable de la madre. El resultado saludable de esta etapa es el estado de unidad en el que el infante se convierte en una persona, es decir un individuo. Pero si el sostén no es suficiente bueno, lo lleva a un desarrollo no sano, y las etapas no se alcanzan o si son alcanzadas no quedan establecidas.

El sostén implica sostener físicamente al infante, lo que es considerado como una forma de amar, quizá esta es la forma más demostrativa de amor al niño. Se piensa que hay algunas madres que pueden o no sostener a su hijo, las que no pueden, generan en el bebé la sensación de inseguridad y de llanto angustiado. La salud mental individuo o el riesgo de la psicosis tienen como base todo lo relacionado al cuidado materno (Winnicott, 1993).

En la fase de Sostén el infante encuentra lo que se denomina como una dependencia máxima. Esta dependencia puede dividirse en dependencia absoluta (el infante no conoce el cuidado materno; no hay control de lo que está bien o mal, sólo saca partido o sufre perturbación), relativa (el bebé se da cuenta de la necesidad del cuidado materno y la relaciona con los impulsos personales), y hacia la independencia (el infante desarrolla medios para no tener que acudir al cuidado real. Esto se logra gracias a la acumulación de los recuerdos relacionados con el cuidado de la madre, a la proyección de las necesidades y a la introyección de los detalles relacionados con el cuidado que se enmarcaron en la confianza del ambiente (Winnicott, 1993).

El autor menciona que la función principal del ambiente sostenedor se relaciona con la disminución máxima de las intrusiones a las que el infante debe reaccionar. En las condiciones favorables y sanas el infante logra establecer una continuidad de la existencia. En esta etapa la palabra muerte no tiene una aplicación, por lo que “instinto de muerte” es considerado como inaceptable para describir la destructividad. La muerte no tiene un sentido hasta que aparece el odio y el concepto de persona, pero cuando se logran estas dos cosas la muerte tiene un significado y el que se otorga es el de mutilación.

Ahora en la segunda etapa del cuidado parental, hace referencia a la función del cuidado materno. Las madres espontáneamente proporcionan al bebe cuidados suficientemente buenos, pueden mejorarse si ellas mismas son cuidadas y reconocen la naturaleza esencial de la tarea. Pero si las madres no ofrecen un cuidado suficientemente bueno de forma espontánea, se consideraría que no están en condiciones de hacerlo sino sólo como una instrucción.

Mientras que el infante está fusionado con la madre, la madre asume la función de comprender con precisión las necesidades del bebe. Cuando el infante va logrando separarse de la madre, el bebé ya no espera que la madre comprenda las necesidades de él, adquiere el bebé una nueva capacidad, la cual consiste en que el infante emite señales para señalar y manifestar su necesidad. En esta relación diádica, basada en la empatía y comprensión del infante, el bebé no se da cuenta de lo que proyecta ni de lo que evita sufrir. Se logra la continuidad que constituye la fuerza del yo, sin embargo cuando las cosas no están bien el infante toma conciencia no sólo del fracaso materno, sino de los resultados de éste, y esto lleva a un fracaso en la continuidad, interrumpida por reacciones ante la decepción, ocasionando un debilitamiento del yo (Winnicott, 1993).

Finalmente, en la tercera etapa del cuidado parental propuesto por Winnicott (1993) se plantean los cambios de la madre. En esta, el autor destaca que en términos generales las madres se identifican de alguna manera con el bebé que crece dentro de ellas, y es así como logra experimentar de forma intensa las sensaciones propias de las necesidades del bebé. Winnicott (1993) adiciona:

Con el cuidado que recibe de su madre, cada infante está en condiciones de tener una existencia personal, y así empezar a establecer lo que podría denominarse una continuidad del ser. Sobre la base de esta continuidad de ser se desarrolla gradualmente el potencial heredado, hasta constituir al infante individual. Si el cuidado materno no es lo suficientemente bueno, el infante en realidad no llega a entrar en la existencia, puesto que no hay continuidad de ser, en lugar de ello, la personalidad se establece sobre la base de reacciones a la intrusión ambiental (p. 70 – 71).

3.3.3.3 *Las funciones maternas*

Winnicott, hace mención a otros conceptos que permiten comprender la relación vincular en la diada madre – hijo. Las funciones maternas dice el autor, se pueden clasificar en tres: la primera hacer referencia al sostenimiento (holding), la segunda es la manipulación o el manejo (handling) y la tercera, se refiere a la presentación objetal (object – presenting). Estas tres funciones determinan la forma en que se lleva el desarrollo del bebé, el proceso de integración en la fase de dependencia absoluta, el proceso de personificación en aras de la unidad y la realización.

La primera función maternal se refiere al “holding” el cual es considerado como un factor básico del cuidado maternal que corresponde al hecho de sostenerlo emocionalmente de manera adecuada. Descrito anteriormente.

La segunda función maternal corresponde al “handling”, la cual acompaña al sostén. También contiene al self, tiene que ver entonces desde un principio con la manipulación.

En la terminología de Winnicott (1980), el handling es una manera adecuada de manipular y cuidar corporalmente a un bebé, que favorece sobre todo, en su desarrollo espontáneo, el proceso de personalización. Esta función nace, como la del holding, de la identificación de la madre con el recién nacido, que la hace capaz de adaptarse a sus primeras necesidades de una manera casi perfecta.

Finalmente, la tercera función maternal se refiere a la “presentación objetal”. Winnicott (1980) describe esta función como una forma de mostrar gradualmente los objetos de la realidad al niño para que pueda hacer real lo que se ha descrito como el impulso creativo. Con esto el bebé comienza a habilitar la capacidad de relacionarse con los objetos y habitar el mundo.

Adicional a lo anterior, es preciso destacar que el autor señala que hay una preocupación maternal primaria, la cual aparece al finalizar el embarazo y durante el nacimiento o parto. En este momento, la madre entra en una etapa de regresión para tratar de conectarse con su bebé, dejando de lado el mundo, por lo que retira de éste toda su energía. La madre durante los primeros contactos y en el desarrollo del bebé debe tener presente el gesto espontáneo, como lo ha llamado Winnicott, el cual es considerado como auténtico del sujeto, por lo que se considera que es la expresión del verdadero yo. Sin embargo, cuando la madre no percibe el gesto espontáneo, comienza a generarse en el niño un sentimiento de frustración.

Para finalizar todo lo relacionado con el vínculo que puede establecerse entre madre y bebé, puede mencionarse a Muñoz (2014) y su texto llamado *Clínica Psicoanalítica doce estudios de caso y algunas notas de técnica* donde destaca que el vínculo que se establece entre la madre y el bebé se reorienta en proporcionarle el alimento y amor, y el bebé se orienta a la madre para recibir la leche y el amor; lo que permite que la madre le dé al bebé un saber. Sin embargo este proceso no siempre se da de forma normal, se pueden

presentar varias dificultades de origen tanto orgánico como psíquico, que puede alterar la reciprocidad entre lo que se da y lo que se devuelve. La autora describe cuatro tipos de relaciones basadas en las dificultades. La primera es la relación madre bebé como un desencuentro, Muñoz lo relaciona, cuando en el momento de amamantar al bebé, la madre trata de generar un primer encuentro, tratando de introducir de forma suave su pezón para que él comience a succionar, pero se pueden presentar varias dificultades como que el bebé no succione fuerte o que no encuentre el pezón. En ese momento la madre comienza a experimentar angustia, está a punto de llorar, y las respuestas del bebé están relacionadas con el inicio de llanto o de sonidos en los que se esté manifestando una posible incomodidad. Este momento se convierte en un hecho desesperado. Esta situación es la que origina un desencuentro entre la madre y el bebé en la que como dice la autora *“ninguna de las partes lograba modificarse”*, hasta que apareció un tercero que orientó el momento y sobre todo que transformó las posibilidades por parte del bebé para que pudiera agarrar mejor el pezón de la madre que trataba de proporcionarle alimento. Muñoz destaca que en el momento del desencuentro, *“un contenido que no encontró un continente en el bebé para depositar la leche [...] la madre no era continente para la experiencia inadecuada del bebé, al no poder entrar en contacto con el bebé tampoco podía ser continente para las ansiedades del bebé”* (p.208).

La segunda es la relación madre – bebé como un choque. Muñoz nuevamente refiere el momento de la alimentación, sin embargo esta vez señala que la madre logra introducir el pezón en la boca del bebé, quien succiona pero inmediatamente lo suelta, esto parece que se prolonga hasta que el bebé comienza a llorar y aumenta la intensidad de la incomodidad, la madre experimenta sentimientos de angustia y al igual que el bebé comienza a llorar, sólo que ella piensa que hay algo malo con el bebé, algo que sucede y que dificulta que chupe,

lo que lleva a que no estimule la producción de leche y que ella tenga que alimentarlo usando tetero el cual ella lo ve como el elemento que el bebé si recibe y que devora hasta quedar satisfecho. Muñoz menciona que en ese momento los contenidos que emiten madre e hijo no encuentran dónde depositarse y por eso chochan, *“de esta manera el contenido madre-pecho-pezones no encuentra continente en el bebé-boca-lengua y no se da la relación adecuada de contenido – continente”* (p. 209), pero la madre tampoco logra contener los elementos emocionales del bebé. Esto hace que la relación se rompa y la madre cede al biberón por lo que la producción de leche en la madre disminuye llevándola a que no logre saciar a su bebé. La relación de choque se da en el momento en que dos elementos no encuentran continentes, el choque de los dos lleva a la producción de un estado de desintegración y fragmentación mutua.

La tercera es la relación madre – bebé como un vacío. Muñoz como una forma de enmarcar esta relación cita a Tustin haciendo énfasis en su libro sobre Estados Autistas, allí se hace referencia a las *“madres deprimidas y a los niños autistas que en la relación no logran despertar el interés del uno por el otro”* (p.209). Pareciera que la madre renuncia al contacto con el bebé y por esa razón lo entrega a otra persona para que lo alimente por medio de un tetero, también puede suceder que el bebé presente alguna enfermedad orgánica y tenga dificultad para mamar y por esa razón la madre atraviese por un momento de angustia lo que lleva a que abandone la función materna. Dice Muñoz: *“si no hay contenido ni continente es indudable que lo que tiene que haber es una extrema fragmentación, tan intensa que no hay intención de unir los fragmentos, hay tanto espacio entre los fragmentos que lo que queda es un vacío”* (p.210).

Finalmente, está una cuarta relación la cual se basa en el acople dentro de la relación madre – bebé. En esta relación Muñoz destaca que la madre se muestra emocionada,

entusiasmada y se acerca al bebé, le habla y lo sostiene en sus brazos, la madre coloca dentro de la boca de su bebé su pezón y éste comienza a succionar de manera rápida, la madre lo acaricia y el bebé se muestra tranquilo durante la escena junto a su madre. En lo anterior se puede identificar que los dos, madre e hijo juegan un papel contenido – continente de manera alterna. Los dos en el tiempo de amamantar entran en contacto y hay una integración de los dos, donde no aparecen sentimientos de angustia, ni persecutorios o culpa.

3.4 Cuando la relación con la madre se da de una manera no esperada

En el apartado anterior se hizo alusión a la formación del vínculo entre madre e hijo, desde el momento del embarazo hasta el primer momento de contacto uno a uno en el espacio físico. Ahora se trata el abordaje del vínculo desde un marco diferente, en donde la ruptura del ideal del hijo y en el que fantasías inconscientes toman una forma real.

Si se considera que el proceso de apego y la organización de las relaciones están determinados por las características del niño, la disposición y condiciones de la madre y las formas de comportamiento del entorno que lo rodea. Cabe la pregunta: ¿qué sucede en la conformación del vínculo cuando el recién nacido tiene un síndrome genético o una discapacidad de otro tipo, adquirida por dificultades en el momento del parto o posterior a este? ¿Cómo se construye este vínculo, cuando el hijo tiene una deficiencia física que le impide responder a los estímulos del medio y alimentar con sus respuestas la relación con la madre?

Cantis J. (1993) menciona que para una familia que ha recibido el diagnóstico de discapacidad de su hijo ya sea antes del parto, en el parto o posterior a este, el evento dentro de su realidad psíquica es entendido como una situación de catástrofe, de derrumbe, lo cual,

según lo que él refiere es expulsado a través del discurso a la narración de lo que sucedió, pero hay otros efectos como el mutismo (expresado en llanto y tristeza sin interlocutor) y también puede ser en un discurso que se caracteriza dice el autor en: “ *pérdida de todo código de identificación ante un hijo con déficit que no se puede reconocer*”. Güotto, M (2013) plantea el rechazo o el abandono hacia el recién nacido, lleva a que el bebé quede representado en los padres como ajeno, en el que lo distinto es visto como hostil. Por lo tanto, se desmantela la función parental, por lo que los padres no saben cómo tratarlo, ni como investirlo, es usualmente cuando los padres suelen acudir a un tercero que de información y que explique, y a veces con la finalidad que se hagan cargo de la persona con discapacidad.

En este momento del diagnóstico los padres se ven sometidos a interactuar en espacios institucionales y hospitalarios, siendo una manera de corroborar una realidad de difícil aceptación y de total desconocimiento. Es en este momento donde la información suministrada por los profesionales de la salud, pueden obstaculizar o alimentar el vínculo de los padres con el bebé; así como orientarlos a una relación que no sólo se centre en compensar o nivelar la falla, sino en poder observar a su hijo como único y particular, reconociéndolo como un individuo con potenciales y no como un ser ajeno, carente y en falla.

Núñez B. (2003) destaca que la discapacidad del hijo que había sido anhelado, es considerada como una crisis accidental que produce impacto psicológico a nivel de los vínculos familiares, comienza a pensarse en lo relacionado con los sistemas de creencias de la familia, la capacidad para enfrentar las situaciones de cambio, pensar en el lugar asignado al hijo con discapacidad dentro de la estructura familiar.

Otro autor, Plut (2010) señala que toda pareja cuando trae al mundo a un hijo lo ve como un ser precioso, y maravilloso más allá de las cualidades objetivas, esto sucede por la ternura con la que los padres reciben a su hijo, a su bebé. Meltzer y Williams (1988) mencionan que la belleza es un primer tipo de configuración del mundo sensible, en cuyo espacio anímico se hace énfasis en el predominio de la ternura. Pero aquí no sólo se hace presente la armonía, sino también lo relacionado con la diferencia que lleva a que se salga de un estado de monotonía, ya que hay una producción de ritmos intra e intercorporales. Esto tiene una relación con lo que ha sido llamado acunamiento, se inicia el establecimiento de una conciencia afectiva y que permite la proyección de un estado de armonía. Pero todo esto, es “arruinado”, según Plut (2010) con el nacimiento de un hijo con discapacidad, pues se considera que hay una perturbación en la economía libidinal familiar, por ejemplo en los hermanos, puede pasar que por parte de ellos haya una desinvertidura de lo intrafamiliar. Mientras esto sucede, los padres se identifican con las limitaciones de sus hijos de tipo orgánico, simbólico y libidinal lo que puede llevar a un estado de desvalido al hijo con discapacidad. Todo esto se considera pues, un evento traumático que interfiere en el desarrollo de la ternura mencionada por Meltzer.

Güotto (2013) afirma que hay factores que producen efectos e impactos en la familia y en los vínculos, especialmente cuando nace un bebé con discapacidad. Pero pese a esto, en las familias puede darse que el nacimiento de un bebé con discapacidad y el afrontamiento de esta situación, lleva a que cada integrante del sistema familiar atravesase momentos en los que enmascare la realidad con negaciones, desmentidas, aceptación, rechazo, ira, tristeza. Los intercambios emocionales y las funciones de metabolización de los contenidos dependerán de la capacidad psíquica de cada integrante.

Pérez (1995) señala que el nacimiento de un hijo, exige siempre lo que se denomina como un proceso de duelo y de adaptación que puede ser más o menos difícil según varios factores, tanto de las cualidades de la madre como del hijo, así como del ambiente; esta situación es más compleja en el caso de los padres que tienen sus hijos un síndrome genético o incluso otra discapacidad, ya que para los padres aparece un hijo diferente al niño que habían imaginado.

Güotto (2013), señala que hay un impacto en el cuerpo materno que genera rechazo hacia el bebé y que afecta al vínculo afectivo, tanto con la imagen del bebé que se había construido en la gestación como con el padre de éste, pues incluso la relación con la imagen del padre y con las funciones que él debe desempeñar cambian, pues ahora la madre tiene que afrontar otras situaciones y no se sabe bien cuál es la reacción del padre ni como va a contribuir al proceso del hijo que nace. Otras familias dice Cantis (1993) ven la discapacidad de su hijo como un infortunio personal y toman la situación de su hijo como una forma de presentación al mundo, por lo que la discapacidad aparece ante los demás viviendo un sentimiento de injusticia y afán de venganza. Sin embargo, también el autor plantea, que hay otras familias en las que la discapacidad no representa la venganza, sino más bien una forma de reorganizar no sólo la dinámica familiar, sino la forma de afrontamiento, lo que se basa en la madurez y en los elementos emocionales y capacidad de transformar la angustia en algo que favorezca el desarrollo del bebé.

Padilla, F. (2000) destaca que en la madre que ha dado a luz un hijo con discapacidad y que la noticia ya ha sido confirmada y manifestada a la madre y a su familia, sólo confirma que las fantasías de discapacidad y anhelo del hijo perfecto, se vuelven realidad y ahora la madre no tienen posibilidad de mirar hacia otro lugar, sólo se fija en que el bebé llora, grita pero no tienen para ella ningún significado, lo que lleva a que la traducción sus

manifestaciones sean fallidas. Surge así la angustia y los reproches. Para una madre, no es fácil interactuar con un niño que no voltea a mirarla o a buscar los estímulos que se le presenten, no se considera fácil para los padres acunar a un bebé que pueda tener movimientos espásticos o que no los pueda escuchar (Sanz 2012, citado por Buzz 2014).

En este momento pareciera como si la presencia del padre tuviera gran incidencia, él es el que evita que la madre devore o aniquile al bebé; aunque esto se controle, lo que se hace evidente es que hay un contraste muy grande entre lo que es normal y no. Padilla (2000) destaca que el “desfasace” entre el niño fantaseado y el real es mayor, a tal punto que “se cae de la escena, ya que no hay quien sostenga al niño y al deseo de los padres”. Esta caída representa el hecho de que el niño no pudo encontrar un lugar en el deseo de los padres. Puede pasar que la madre se convierte en la dueña y que el bebé sea dependiente, la madre des-subjetiviza al bebé y todo lo que rodea al bebé queda enmarcado dentro de lo persecutorio. El autor continúa mencionando que la discapacidad es considerada como discapacitante y los procesos de identificación y de enajenación tratan de adueñarse de lo que la persona o el bebé es, y esto que sucede no se realiza sin generar un malestar.

Pérez – Crim (1995) en la descripción de las interacciones entre padres e hijos con Síndrome de Down, destaca varios aspectos importantes. En la comunicación, la madre y el padre, tienden a tener más iniciativa e interacción que con sus otros hijos a las mismas edades. En la interacción, las madres piensan que los hijos deben ser dirigidos por su falta de espontaneidad en la comunicación y su restringido lenguaje. A pesar de lo anterior, se considera que el lenguaje de la madre suele ser menos estimulante. En cuanto a la expresión de la emocionalidad, el bebé puede presentar un nivel de expresión de las emociones más bajo que aquellos niños “normales”. Lo que hace que la persona que

interactúe con él tenga que tolerar que no siempre va a recibir la respuesta deseada o satisfactoria del contacto visual, la sonrisa o las vocalizaciones que ofrecen los niños a sus padres.

Pérez (1995) menciona que un niño con discapacidad intelectual pone a los padres con una sobrecarga de dificultades, dado que la expresión de las necesidades y de sus emociones son más difíciles de entender. El trabajo de adaptación se hace más difícil y los padres, dice Pérez (1995) están expuestos a reacciones denominadas como compensatorias, de sobreprotección o de rechazo, lo que dificulta el proceso de autonomía del niño y la posibilidad de establecer vínculos basados en sentimientos de seguridad y confianza. El autor considera que ante la complejidad y el desconocimiento en establecer tanto interacciones como vínculos, las familias suelen acudir a los especialistas del desarrollo, como mediadores y facilitadores, para que les permitan asumir la crisis inicial, apoyar la relación inicial y favorecer la adaptación a las siguientes fases del desarrollo.

Plut (2010) menciona que en la familia hay un empobrecimiento libidinal que se desarrolla a partir del nacimiento del niño con discapacidad, el autor destaca que esto produce la pérdida del universo simbólico y nivela lo relacionado con las diferencias, es por eso que parece como si quedara interferido el registro de cualidades y lo que resulta de esto fuera el auge de las respuestas de hostilidad. Este autor destaca un sentimiento de injusticia, como si con el nacimiento de su hijo la realidad hubiera impuesto una situación de inequidad. Los padres también sienten culpa e inutilidad por haber engendrado y traído al mundo un niño en esas condiciones. Es por eso que las familias acuden a instituciones, las cuales representan para ellos el lugar en el que se instala lo que se denomina “la promesa incumplida”, por lo que los padres esperan que ésta sea la que se sacrifique por ellos, que les alivie la culpa, que les devuelva la belleza perdida. Pero este hecho de

sacrificio de modo inconsciente para los padres representa lo relacionado con el anhelo de una institución que no les solicite nada, especialmente en lo relacionado con lo económico y afectivo, también esperan que las personas que hacen parte de la institución lleven a cabo un proceso regresivo equivalente al que ellos realizaron. Parecieran que las instituciones asumen la función de contener y transformar los elementos de los niños con discapacidad, por lo que la institución representara un espacio en el que el bebé con discapacidad existe.

En el vínculo entre padres e hijos con discapacidad suelen presentarse algunos conflictos, los cuales están enmarcados en las movilizaciones ambivalentes de los sentimientos desde el primer momento que se descubre la discapacidad, pues hay desconcierto, desilusión, inseguridad, culpa, miedo, entre otras que ya han sido mencionadas. Pero estos sentimientos, pueden mezclarse con otros sentimientos como ternura, amor, deseos de reparación y sentirse enfrentado a un desafío para sacar los hijos adelante, a pesar de la discapacidad. Debido a esta dualidad, menciona Nuñez (2003) es que pueden generarse algunos conflictos en el vínculo, por ejemplo puede encontrarse un vínculo padres – hijo con un predominio de sentimientos de culpa (padres dominados por la culpa), hijo deudor – padres acreedores (el niño puede sentir que ha defraudado a sus padres y que los ha desilusionado por lo que está lejos de ser deseado a causa de su discapacidad), vínculo paterno – filial con ausencia de demandas (hijo con discapacidad ya no espera nada), vínculo padres – hijo con negación o idealización del daño (discapacidad aparece revestida de cualidades divinas otorgándole a los padres la creencia que fueron elegidos por Dios “por tener un hijo especial”), vínculo padres – hijos en las que se anulan las diferencias (identificación con el hijo con discapacidad, no hay desarrollo de las

potencialidades por parte de uno de los padres), vínculo entre padres – hijos en el que se remarcan las diferencias (escisión: sanos – enfermos. El hijo con discapacidad es colocado en el lugar de fracaso y el “depositario” de todas las discapacidades y limitaciones de todos los integrantes de la familia), vinculación desde la parte dañada sin reconocer las partes sanas (los padres están cegados por el rotulo médico); vínculo padre –hijo que oscila entre la permisividad y la agresividad (dificultad para asumir la disciplina y autoridad) (Nuñez, 2003).

Buzzo A. (2014) cita a Rodríguez (2013) y destaca de este autor que los niños con discapacidad pueden desarrollar un tipo de apego seguro que va más allá de las limitaciones provenientes de su déficit, ya que se considera que esto no es algo que determine las relaciones que se establecen entre los cuidadores y las personas del entorno. Las personas con discapacidad sean físicas, sensoriales, intelectuales, mentales se relacionan con los demás, partiendo de las relaciones que se han estructurado con ellos. Se puede considerar que el niño con discapacidad puede continuar con una evolución psíquica similar a las demás personas que no tienen una discapacidad. Las relaciones cuyo apego se caracteriza por ser seguro sirven de ayuda para afrontar las diversas dificultades, e incluso para contener los diferentes desbalances emocionales. Es por eso que se llega a considerar que un bebe que haya logrado estructurar un vínculo con sus padres lograra desarrollarse de forma sana a nivel emocional, pero dependerá de la forma en que estableció sus relaciones tempranas (Sanz 2012 citado por Buzz 2014).

Bennett y Guralnick (1989) citados por Buzz (2014) argumentan a partir de los resultados obtenidos en sus investigaciones, que el desarrollo de los vínculos seguros entre los niños con discapacidad y sus padres no siempre se pueden llevar a cabo, debido a las

fantasías y al impacto emocional que se genera como ya se ha mencionado con anterioridad, según lo propuesto por otros autores.

Finalmente, es preciso que en este apartado se haga mención a lo relacionado con la función paterna en relación a la discapacidad de un hijo. Cantis J. (2013) menciona que la presencia de un hijo con discapacidad genera en el padre una perturbación en lo relacionado con la economía pulsional, y hay tendencia a la retracción narcisista o a pedir ayuda. El autor menciona que independientemente de las situaciones es importante determinar cómo se encamina la energía al alcance proyectos con su hijo con discapacidad. El padre dice Cantis J (2013) logra identificar el estado de desvitalización anímica de su hijo por lo que se genera en el primero vivencia del sentimiento de angustia paterna como una manera de reaccionar ante la identificación.

3.5 *Función Terapéutica*

Muñoz (2011) en su libro *sobre Reflexiones Psicoanalíticas* destaca que la situación analítica requiere que estén presentes dos personas, dos mentes que puedan encontrarse y puedan entenderse mutuamente. Dice Muñoz que el mecanismo PS $\leftrightarrow$ D y el hecho seleccionado en el terapeuta, permiten convertir los elementos que están desintegrados en una conjunción, lo que favorece encontrar un objeto y proporcionar un significado; gracias a la capacidad de contención de los elementos desintegrados y a la posibilidad de reunirlos de tal manera que sea posible darles nuevos significados. Dependiendo de las situaciones, la terapeuta puede prestarle al paciente su función continente e integradora lo que podría contribuir finalmente a un proceso de interiorización de estas funciones en el paciente.

En el proceso de análisis puede lograrse el crecimiento mental, según Muñoz:

El paso de un funcionar psíquico donde predomina la desintegración y las aglutinaciones erráticas y bizarras, a un predominio de la integración, mediante el uso de hechos seleccionados alrededor de los cuales se aglutina las partículas para crear unidades totales claras. Sería el paso de unidades desintegradas o bizarras del self y los objetos a unidades totales y coherentes del self y los objetos [...] El crecimiento mental sería el paso de un funcionar mental evacuador de partículas, de elementos beta, a un funcionar mental en el cual predominan los elementos alfa y la función alfa. Sería el paso de la actuación al pensamiento y la comunicación (p.96).

Otras características que pueden darse en la relación terapeuta – paciente teniendo en cuenta una similitud con la relación que se haya establecido con las figuras primarias. Muñoz (2014) destaca cuatro tipo relaciones: terapeuta – paciente como un desencuentro, un choque, terapeuta – paciente como un vacío y terapeuta –paciente como un acople. Similares a la relación madre – bebé anteriormente mencionadas.

En la primera, la terapeuta no es un continente adecuado, no está en la disponibilidad de recibir y participar para darle una idea a la paciente sobre si está siendo comprendida. La paciente parece un bebé angustiado que no encuentra un pecho donde depositar todo su sentimiento de angustia y tomar alimento, y repite experiencias similares de desencuentro con su madre, la paciente no comprende que es lo que le pasa al terapeuta.

En la segunda puede producirse un choque cuando el terapeuta introduce en el paciente el contenido de otro o la imposición de un deber ser, y al identificar lo sucedido, lo que hace es que se desespera, siente angustia, y no sabe qué hacer, situación que genera como respuestas en el paciente, aumento en su sentimiento de angustia, ante esto paciente y terapeuta chocan lo que puede producir una fragmentación en los dos, el paciente puede

deshacerse de su experiencia emocional traumática, evacua los pedazos y el terapeuta lo que hace es defenderse de su desintegración y se aísla en la propia desintegración.

En la tercera relación parece que la paciente no tiene la posibilidad de comunicar nada, el terapeuta tampoco se encuentra en la capacidad de interpretar nada. Pareciera como si dejara al paciente en el vacío con sus propios pensamientos que al mismo tiempo son silenciosos. Paciente y terapeuta están y comparten el mismo espacio pero están sumergidas en la soledad del vacío de cada una.

Finalmente, en la cuarta relación como un acople, el paciente como el terapeuta hacen de forma constante de continente y contenido para el otro de tal manera que la comprensión que alcanza uno de ellos pueda llegarle al otro y estimular un nuevo material que a su vez facilita una nueva comprensión. El terapeuta concibe el encuentro entre un continente que recibe el contenido de un paciente, da una interpretación del contenido que produce un insight – contenido – continente.

Muñoz (2014) define en su artículo La Función Analítica Receptiva, la actitud receptiva del terapeuta como *“un estado mental del analista que le permite acercarse al material del paciente y a su propia vivencia sobre este material en una forma tal que implica una expansión de conocimiento y un contacto intenso con el estado emocional propio y del paciente”* (p. 221). La disponibilidad atenta del terapeuta del contenido comunicado por el paciente, que busca comprensión, debería ser recibido *“sin congelarse de antemano por prejuicios o por falta de espacio”* (p.219). Agrega a lo anterior, sin memoria y sin deseo. Esta actitud y funcionamiento favorece que el terapeuta se convierta en un continente, permeable a la transferencia del paciente, su propia contratransferencia y a los elementos desintegrados. El terapeuta podrá pensar los contenidos a través de la contratransferencia

inconsciente y metabolizar lo recibido en interpretación-comprensión, para ser comunicada al paciente.

Muñoz (2014) describió los factores de la función analítica receptiva y estableció las siguientes dimensiones: Recibir y tolerar la transferencia y la contratransferencia. La transferencia de objetos (envidiosos, aterradores, confusos, denigrados, tiernos), el vínculo (amoroso, odioso, ausente) y de las partes (confusas, amorosas, muertas). La contratransferencia de sensaciones, sentimientos y pensamientos que son producto de lo proyectado por el paciente o del terapeuta no aclarado anteriormente por él. La segunda dimensión: recibir y tolerar la desorganización del paciente y la propia desorganización, capacidad del terapeuta de tolerar las expresiones afectivas desorganizadas y dejarse invadir hasta que el terapeuta viva su propia confusión y desorganización, sin tener que deshacerse de ellas y darle espacio a las ideas nuevas en el terapeuta, que aclaren la confusión de ambos (paciente y terapeuta). La tercera: interés y capacidad de indagar sobre la realidad onírica, el lenguaje y comportamiento no verbal. Son todas ellas maneras de llegar al mundo interno del paciente, a sus estructuras y contenidos. La cuarta: indagar bajo un esquema de pensamiento abierto, utilizando el pensamiento de conocimiento de Bion, que implica pasar de la preconcepción-realización-concepción-concepto y que se vuelve a convertir en preconcepción. La quinta: capacidad para lograr una atmósfera emocional estimulante y nutricia. La creación de este tipo de atmósfera favorece el desarrollo de un proceso transferencial, modulando (temperatura, distancia y tiempo), donde se pueda establecer contacto y comunicación con las diferentes partes de la personalidad y comprensión de los mismos.

En cuanto al último factor, Muñoz (2014) cita la obra sobre *El proceso psicoanalítico* y *Los estudios sexuales de la mente* de Meltzer (1975) menciona que en el proceso analítico

él presta mayor atención a la creación y mantenimiento del “*setting*” que tenga una atmósfera estimulante y nutricia. Esta atmósfera tiene en cuenta lo emocional del espacio terapéutico, en cuanto a la temperatura de la relación, la distancia de la relación y otro es el tiempo de la relación. La atmósfera del cuarto parece que se asimilarse al continente, donde el paciente se puede despojar de sus confusiones y ansiedades. Las cualidades de este continente están descritas en términos de paredes de sentimientos positivos, “*un continente de amor para ambos dentro del cual los odios, la violencia la confusión y demás pueden convertirse en belleza que genera salud tanto en el analista como en el paciente*” (p. 224).

4 MATERIAL CLÍNICO, ELEMENTOS DE ANÁLISIS Y REFLEXIÓN

4.1 Daniela y Sofía

4.1.1 Acercamiento a los hijos

Daniela de 29 años, tiene 6 hijos, un hijo de 12 años, producto de una primera relación en la que no esperaba ni planeaba un hijo; no había entendimiento en la pareja, se presentó maltrato verbal y físico. Debido a la relación distante que tuvo con el padre, ella no pudo filiar a éste hijo, siendo otros familiares quienes asumieron su cuidado, “*la verdad es que con Michael siempre he tenido varios problemas, la verdad es como fue algo inesperado para mí, por eso es que mis otros familiares se hicieron cargo, y él ha estado mejor, allá lo quieren y bueno es que también me he distanciado porque muchas veces pensé que él tenía algo raro, como si también tuviera sus problemas*”. Hace dos años por iniciativa del joven se va de su casa a vivir con unos tíos, “*Michael el día que se fue de la casa después de que peleamos, me gritaba que prefería estar lejos que sería más feliz, porque yo no lo quería en*

cambio sus tíos y primos si lo trataban bien, como familia. Además me dijo que él no tenía la culpa de que yo no hubiera querido a su papá”.

A los dos años, tuvo a su hija Sofía que tiene actualmente 10 años. Daniela describe la relación con el padre de esta hijo: *“de un momento, por conocer a alguien más, pero no me esperaba un hijo, ya que no lo amaba”.* El padre la abandona ante el embarazo, nunca respondió ni afectiva ni económicamente por su hija. Posteriormente, trató de establecer una relación afectiva con un hombre mayor que ella, con quien tuvo dos hijos que tienen seis y cuatro años; la relación con él ha sido para Daniela afectivamente significativa, *“el padre de Sebastián y Juan es el hombre que más he amado en mi vida, la verdad yo esperaba quedarme con él y mis dos hijos, como son de él son los que amo con toda mi alma [...] los otros dos sólo fueron un descache, el único que he amado hasta hoy ha sido mi tercer marido”.* Sin embargo, la relación terminó al poco tiempo porque él tomaba, le fue infiel y no respondía económicamente. Después de algunos años, establece una cuarta relación con un hombre menor que ella, la relación fue estrecha durante el primer año y en este tiempo tuvieron un bebe quien actualmente tiene dos años; la relación se termina por temas económicos y por el cuidado de todos sus hijos, *“es que después de tantas cosas que vivimos, me dio mucho mal genio que ahora él me exigiera que yo tenía que estar con mis otros hijos, especialmente con Sofía, y bueno al principio bien pero como que él le importaban más mis otros hijos que yo”.* Es importante destacar que esta cuarta relación surgió durante el tiempo en que se llevó a cabo el proceso terapéutico. Se observó que Daniela hizo la elección de pareja basándose en el apoyo económico y en la compañía para ella.

Finalmente, Daniela posterior al trabajo terapéutico trató de establecer una quinta relación con un hombre mayor que ella 10 años, y el producto de la relación fue una bebe quien tiene cuatro meses. Esta última relación llegó a su fin, *“yo hasta me había enamorado de él, y tenía mucha ilusión pero es que él comenzó a que yo tenía que también estar con mis otros hijos, especialmente con Sofía [...] bueno también temas económicos porque sólo él estaba trabajando y a mí como que a veces se me metía en la cabeza que estaba con otra vieja cuando él llegaba tarde del trabajo”*.

Daniela no convive con ninguna de sus parejas y el cuidado de sus hijos está dividido, por ejemplo en el caso de su hijo mayor y Sofía han sido otros familiares los que se han encargado de su cuidado y protección, la función de Daniela con ellos ha sido más de tipo instrumental. En el caso de sus otros hijos estos están bajo el cuidado materno, tratando de cumplir una función de sostén y de cuidado. Con lo anterior, se puede considerar que la elección de cada una de las parejas por parte de Daniela ha sido centrada en el apoyo económico, en una compañía que cumpla la función de sostén no para sus hijos, sino para ella misma; pareciera que el nacimiento de cada uno de sus hijos representara un elemento no pensado, por lo que asumir el sostén de cada uno de sus hijos tengan o no discapacidad presenta dificultades. Además parece que la maternidad, no está inscrita en la madre, sino que ella lo que ha buscado es estar con alguien que quiera permanecer junto a ella, un esposo que la sostenga y no la abandone, y además parece que cada uno de sus hijos está asociado con las características del vínculo establecido por ella y el padre de cada uno de ellos. Daniela queda fijada en la relación que ha establecido con sus parejas no en el hijo. Con esto, parece que la filiación con los hijos está mediada por el tipo de vínculo afectivo que tuvo con el padre.

4.1.2 Quién es Sofía

Sofía tiene 10 años y, participa en un programa de atención integral ofrecido por el distrito para la atención a niños, niñas y adolescentes con multidiscapacidad, el programa atiende procesos de rehabilitación y cuidado desde la 8 am hasta las 4 pm. Sofía nació con el síndrome de Lennox – Gastaut, asociado a este diagnóstico esta la discapacidad intelectual severa, es decir: no hay lenguaje verbal, ni seguimiento visual, es dependiente en actividades de la vida diaria, como higiene, alimentación, vestido, requiere del apoyo permanente de un cuidador, presenta dificultades en las reacciones de equilibrio y de enderezamiento, en la marcha es torpe y se puede caer con facilidad, por lo que requiere de apoyo limitado para los desplazamientos como una forma de evitar accidentes, tiene movimientos estereotipados, este síndrome está asociado con episodios frecuentes de epilepsia de difícil manejo y recuperación, requiere medicación permanente.

Debido a que Sofía tuvo que nacer antes de tiempo, fue necesario que permaneciera en incubadora alrededor de dos semanas, según lo que dice Daniela: *“habían surgido algunas dificultades y tenían que hacer un proceso de seguimiento, pero nunca nos dijeron que era lo que había pasado”*. Por eso, los primeros días, no tuvieron como tal un conocimiento de lo que había pasado, pero para Daniela la dificultad en la lactancia era un indicador de algo, al bebe se le dificultaba coger el pezón y succionarlo..

“El padre de Sofía no estuvo presente y él decidió irse de su lado y mudarse a otra ciudad, teniendo que asumir Daniela toda la responsabilidad de la niña desde recién nacida, *“de él no sé, ella es mi hija, pero quizá no es tan cercana a mí, porque es la hija de un papá o más de un hombre que no fue tan significativo para*

mí (comienza a mirar sus manos) [...] Y con eso que el papá se fue, se desapareció, y ni siquiera para un medicamento, para la comida, para saber si está... (Silencio) perdón si estamos bien o vivas”.

4.1.3 Mi madre y Yo

Daniela es la menor de cinco hermanos, nació en la ciudad de Bogotá. La relación con sus hermanos fue estrecha durante los primeros 15 años, como ella refiere *“me cuidaban más a mí porque era la menor y pues también por ser mujer, mis hermanos me cuidaron demasiado, menos mal”*, destaca que la relación más estrecha la tuvo con una hermana dos años mayor que ella *“con mi hermana siempre fuimos cercanas, y nos llevábamos bien, ella muchas veces me cubría en tantas locuras de mi adolescencia, así como con lo de Sofía”*. También es pertinente destacar que Daniela tuvo y aún mantiene una relación estrecha con una de sus tías maternas, la tía María quien estuvo atenta a todo su proceso de crianza, ya que, su madre siempre estuvo dedicada al trabajo, el cual consistía en desarrollar actividades en la cocina de algunos restaurantes. La familia de Daniela, hermanos, padres, tíos, tías y primos (as) vivían en una misma casa de tres pisos, compartían todos los servicios y hacían mercado para todos en comunidad. Daniela refiere que la tía le ha comentado que durante todo el embarazo de ella como el de ninguno de sus otros hijos (hermanos de Daniela), la madre trabajó con más empeño, sus jornadas fueron más y más largas, lo que llevaba a que en ocasiones no cuidara su salud:

“muchas veces la familia pensaba que yo iba a ser como deforme o algo porque mi mamá no comía y los controles eran por ahí cada dos o tres meses, pero todo era por

trabajar para darle lo mejor a mis hermanos y bueno a mí que preciso era la menor y pues mi papá no ayudaba en nada, porque nunca estaba o si no se lo bebía con otras viejas”

Y continúa diciendo:

“Por eso es que mi madre cuando yo nací como que no es que me cargara mucho, no me daba de su leche porque pensaba que me iba a hacer daño, por eso es que me daban leche de tarro. Eso era porque mi mamá pensaba que yo había nacido mal, y más siendo la menor y pues según dicen ella esperaba mucho de mí como la menor. Además mi mamá no me cambiaba los pañales, y pues me dormía o con el biberón o en los brazos de mi tía, que me decía, se estresaba conmigo porque yo lloraba mucho y que ella no sabía qué hacer y pues qué mi mamá no se hacía cargo porque decía que conmigo eran las cosas más difíciles [...] Por eso es que mi tía María ha sido tan importante, porque con todo y que ha sido despistada estuvo conmigo y no me abandonó, fue la persona más cercana, aunque dice mi tía que cuando crecí y estaba de tres añitos más o menos las cosas comenzaron a cambiar y mi madre tuvo más tiempo para mí”.

La relación entre madre e hija parece ser que estuvo enmarcada por la falta de soporte del padre, las presiones económicas, dedicándose al trabajo y al cuidado de las necesidades básicas, teniendo muy poco tiempo para tener un contacto emocional con sus hijos. Daniela recuerda que su madre jugaba con ellos, no por mucho tiempo pero que aprovechaba los tiempos que tenía disponible, aunque ella considera que el vínculo afectivo con su madre fue distante. Daniela comenta frente a su noción de ser madre:

“Pues para mí, ser mamá es estar con mis hijos, jugar con ellos, ganar plata para darles lo que necesitan, y ya. Bueno eso hacia mi mamá y eso que a mí me consentían más por ser la menor [...] Mi madre casi no tenía tiempo como yo, todo era reducido y pues había que trabajar porque o si no cómo le daba ella y como le doy yo a mis hijos, incluso a Sofía cuando me toca llevarla a todas las citas médicas, llevarla de urgencias, coger taxi, comprar medicamentos, etc. [...] No, la verdad no, y es que como le digo, casi no tengo tiempo, eso es así como era la situación con mi mamá, a veces los fines de semana, porque ella igual que yo trabajaba mucho. Y es que de verdad a Sofía no le gusta estar conmigo y pues yo ahí no voy a hacer nada. Aunque bueno, si me gustaría acercarme a ella”.

Parece que Daniela lleva a cabo un proceso de identificación con la forma como su madre fue madre de ella, asumiendo muchos comportamientos similares a los de su madre en la interacción con su hija. La madre de Daniela tuvo la fantasía de una hija deforme, enferma, que no cumplía con sus anhelos no se hicieron realidad. En el caso de Daniela, estas fantasías se hicieron realidad, lo cual le demandaba tiempo y una necesidad de sostén muy particular de ésta hija, *“la verdad es que vea a veces como que me pongo a pensar que lo que mi madre pensó que le iba a pasar conmigo, fue lo que de verdad me pasó a mí, y como que yo entiendo a mi madre porque no es fácil que uno pueda acercarse a alguien cuando le parece lejano y más si uno piensa que está enfermo, conmigo mi mamá se dio cuenta que estaba bien, pero yo que cada vez que la veo sé que no hay nada bien”.* Para Daniela además de las dificultades previas de vinculación por la relación con el padre de Sofía, la discapacidad ha sido otro motivo para que no se pueda conectar afectivamente, asumiendo más un lugar de proveedora y cubriendo las necesidades básicas de su hija.

Por su parte, el padre de Daniela trabajaba de tiempo completo en una hacienda a las afueras de Bogotá, por lo que el tiempo con sus hijos era muy corto, y cuando estaba con ellos por lo general se mantenía “durmiendo o tomando”. La paciente describe que la relación con su padre era muy distante, por lo que su madre era la que debía asumir todas las responsabilidades, especialmente aquellas caracterizadas por el cuidado y suministro elementos básicos. Daniela comenta que creció con una idea sobre el rol que asume tanto el padre como la madre en una relación:

“mi mamá con todo lo que tenía que hacer en el trabajo tenía que asumir todas las responsabilidades para con nosotros, y pues era muy flexible con mi papá, o bueno era más bien extraño, porque ella discutía con él porque no llegaba a la casa o porque estaba tomando, pero pues siempre nos decía que al hombre tocaba dejarlo y que uno como mujer estaba para satisfacerlo, para cuidar a los hijos y pues para aguantarle todos los dolores de cabeza [...] entonces pues la mujer debe rebuscarse a ver en qué lugar le va mejor y además sola”.

En cuanto al plano laboral, Daniela ha logrado encontrar lugares que le proporcionen ciertas facilidades para el cuidado de sus hijos, sin embargo también ha encontrado algunas dificultades con lo relacionado a los centros en los que cada uno de ellos debe permanecer (colegios, jardines y centros de desarrollo), situación que a ella le recuerda algunos eventos de la vida con su madre:

“tantos problemas con los colegios de mis hijos, o los cuidados, me hacen acordar a mi mamá que con nosotros siempre tuvo problemas porque o nos iba mal y nos iban a sacar del colegio, o alguno de nosotros se enfermaba y en el colegio no

creían por lo que mi mamá siempre tenía que ir a poner la cara, pero bueno con el que más tuvo problemas fue con uno de mis hermanos porque tenía como ciertos problemas para aprender y pues para mi mamá eso fue una lucha porque la juzgaban cada nada y la criticaban y pues a mi hermano ni se diga ”.

El padre dentro de la dinámica y sistema familiar, pasa a ocupar un lugar de otro miembro de la familia que se debe cuidar y satisfacer, casi que puede ubicarse como otro hijo más, al que hay que atender. La figura del padre no hacía parte de la construcción de un proyecto de crianza de los hijos; el padre se dedica a las funciones de proveedor, pero pareciera que no desempeñó la función de responsabilidad y de sostén ni de la madre ni de los hijos.

Al igual que la madre, Daniela ha tenido que buscar lugares de trabajo que tengan cierta flexibilidad para poder atender las demandas de sus hijos, en especial la de Sofía. En ocasiones ha tenido que extender su horario a jornadas largas, que se juntan con las actividades del hogar. Ella al igual que la madre ha contado con el apoyo de su familia con la vivienda, el cuidado y la atención de sus hijos.

El dinero devengado es utilizado para cubrir las necesidades básicas de sus hijos, y para cubrir lo relacionado sólo con servicios públicos. Es así como actualmente está trabajando en un lugar a pocas cuadras de su casa:

“Yo le conté eso la vez pasada, ahora ya no tengo ni siquiera un día de descanso, ya todos los días es levantarme a las 4 de la mañana o antes para dejar todo listo, lo de los niños, especialmente lo de Sofía que es lo que más me toma tiempo [...] Yo ando bien, pues cansada por lo último que le dije del trabajo, ya está más pesado, pero bueno, ahí vamos

dándole, porque que más, si no hago las cosas, pues no tengo que darle a mis hijos”.

Parece que las situaciones por las que atravesó la madre y Daniela han sido similares, el contexto en el que se ha desenvuelto y especialmente en lo relacionado con los cuidados de Sofía ha sido adverso, amenazante, crítico y en especial distante, lo que ha llevado a que no haya encontrado un ambiente facilitador o un espacio que la contenga.

“Es que la verdad es lo que me tiene aburrida, primero el año pasado el coordinador ese, que también me llama y me cita a amenazar, y a insultarme porque así es que me sentí, y después una coordinadora que no estaba y pues bien porque así no me molestaron y que Aich... [...] Todo, pues como me hablaron, le parece poco, la verdad es que, aich, todo no sale como yo quiero, entre más me estoy esforzando con Sofía, más la embarro. Me dio rabia lo que me dijeron y la amenaza (hace un silencio, llora y frota sus manos), bueno lo que más de dio rabia es que yo me acordaba de las cosas, del jarabe y lo de la cita, pero pues (hace gesto de enojo) pero por bobadas me distraje, no sé cómo que se me olvido”.

4.1.4 Características del vínculo

La noticia del embarazo de Sofía, fue algo no sólo inesperado, sino no planeado, la relación que tenía en ese momento con el padre de la niña no era estable ni estrecha. Daniela comenta que él sólo fue una persona con la que se dio la oportunidad de intentar una relación, por lo que no esperaba que de ésta pudiera nacer Sofía. Comenta que el embarazo estuvo caracterizado por discusiones con el padre de la niña, no tuvo controles médicos frecuentes, sino cada dos meses, y no tomaba las vitaminas sugeridas porque pensaba que no eran necesarias. En este periodo, cuenta Daniela se imaginaba que su hija

iba a ser igual que ella (físicamente), y que iba a lograr lo que ella no pudo alcanzar, pero en otros momentos no quería tener más hijos, porque serían más gastos; la gestación se caracterizó por dolores, vómitos, migraña, *“la verdad es que el nacimiento de Sofía fue de sorpresa y de verdad que me quedó tan difícil todo esto porque primero me dio durísimo el embarazo vomitando, con dolores, además yo al papá de ella ni lo quería, y bueno llegó ella y lo peor de todo esto, es que la niña se parece tanto a mí, tiene mi cara y mi pelo, hasta algunos gestos, eso me da como de todo y más si me dicen que me nos parecemos, como que yo pienso a veces que es imposible porque no estoy enferma”*

El parto estaba planeado para ser de forma natural, sin embargo se presentaron varias dificultades por lo que se tuvo que inducir antes de lo pensado, naciendo por cesárea. La vivencia de este embarazo fue enmarcada por la ambivalencia, el dolor, sufrimiento y la ilusión de forma pasajera. Cuenta Daniela que le fue difícil lactar a su bebé, por lo que tuvieron que acudir a la leche formulada, pues la niña no succionaba y no buscaba el pecho de la madre, situación que le preocupaba de cierta manera a pesar de su distancia, a pesar de que Sofía fuera el producto de una relación pasajera, Daniela tenía cierta ilusión por ser su primera hija.

Una vez terminado el tiempo en que la niña debía permanecer en la incubadora, cuando Daniela la recibió en sus brazos observó que había unas reacciones que para ella no eran normales en su hija, esto teniendo en cuenta que ninguna de esas reacciones habían sucedido con su hijo mayor. La madre comenta que ese día hicieron una junta médica con ella y con su familia, en la que se abordaron algunas complicaciones médicas con Sofía, pero mientras que esto pasaba la niña, cuenta Daniela *“comenzó a temblar, y sus ojos como que le volteaban y los médicos no decían nada, y pues yo no sabía qué hacer, qué decir,*

era algo muy raro para mí". En ese momento, los médicos le comentaron que durante el tiempo que la niña había permanecido en la incubadora, había presentado episodios de convulsión, los cuales desde ese momento en adelante iban a hacer parte de la vida, no sólo de la niña.

Estas palabras dadas por los médicos, pareciera que enmarcaron la relación entre la diada madre e hija. Daniela ante la noticia de su hija menciona:

"Para mí no fue una noticia fácil, yo tenía de cierta manera alguna esperanza de que estuviera bien, pero así como pasó con la relación con el papá de ella, las cosas no salieron bien [...] cuando llegamos a la casa, las cosas no cambiaron y mi relación con Sofía comenzó a hacerse más difícil, antes de saber al menos yo trataba de darle el tetero, pero la verdad es que después de que me enteré, ya no quería alzarla, no sabía cómo hacerlo, para mí fue algo difícil, y preciso las pocas veces que trataba de alzarla convulsionaba y tenía que salir corriendo, y preciso en la época de la dieta. Pero algo raro pasó y es que cuando estábamos en la clínica la niña al menos lloraba y por eso es que me estresaba, pero en la casa, la verdad dejó de llorar, estaba ahí cómo al lado de mi cama y ya sólo era cosa de darle de comer y ya".

Daniela manifiesta que Sofía lloraba de forma inconsolable, y le era difícil calmarla, situación que la estresaba y la llevaba a delegar en otros su cuidado, le costaba trabajo poder comprender sus señales, leer sus necesidades. Al parecer la madre se desbordó emocionalmente con la presencia de su hija. La presencia de la información dada por los médicos y los eventos que vivió con Sofía llevaron a que se iniciara en Daniela el

distanciamiento por más que ella tuviera la posibilidad de conocer a su hija, parece que la convulsión la asustaba, imposibilitando la conexión con su hija, aparecían sentimientos de angustia y un estado de confusión, donde ella se sentía inhábil e inhabilitada para criar a su hija, así como su hija estaba inhabilitada para satisfacer las fantasías y anhelos de la madre. La discapacidad y la condición médica, comenzó a ser un obstáculo en el establecimiento del vínculo afectivo entre madre e hija, especialmente el de sostén emocional; la madre se centró en dar el handling intentando mantener a su hija, para que no muriera.

Muy desde el nacimiento otros miembros de la familia comenzaron a asumir el cuidado de su hija, primero fue la hermana quien durante siete años cuidó a Sofía, se ocupó de llevarla al médico, y de realizar actividades como salidas al parque. Daniela por su parte se dedicó a trabajar gran parte de la jornada y su cercanía con la niña era solamente cuando debía llevarla a controles médicos, si su hermana no podía, o si no su cuidado se relaciona con la compra de elementos básicos, como la ropa, los medicamentos si era necesario, etc.; *“para mí ha sido una situación difícil, ya que a pesar que mi relación no es cercana con Sofía soy yo la persona encargada de hacer todas las diligencias médicas, y es que si no lo hago yo, después no va a controles y se queda sin medicamento y eso sí que es peor”*.

Aunque la madre ha intentado en algunas ocasiones acercarse a ella, cuando identifica las respuestas de rechazo de su hija quien, busca a otros, lo cual nuevamente lleva hacia ella misma o incluso a sus hijos menores toda la carga emocional, posiblemente como una manera de defenderse. Sin embargo, a pesar de todo la madre trató de ver a su hija de una manera diferente.

La ausencia del padre como figura de contención y la labilidad en la estructura psíquica de la madre para poder llevar a cabo la reorganización mental que se requiere para asumir las nuevas exigencias de crianza y vinculares de una hija con una discapacidad tan compleja, llevaron a que terceros (institución de rehabilitación) y otros miembros de la familia hubiera asumido las funciones de contención y cuidado con Sofía, sin embargo esta situación no ha sido constantes. La hermana de Daniela asumió durante siete años el cuidado y protección de la niña, acogiéndola como si fuera su hija, pero después de que se enteró de su embarazo, al igual que su madre, la rechazó, la abandonó emocionalmente, quedando nuevamente la niña a la deriva, sin un espacio en la mente de otro que la quisiera sostener, durante ese año la niña bajó de peso, se le diagnosticó dermatitis aguda, y se incrementaron los episodios de convulsión; sin embargo, aparece nuevamente un tercero, la tía María para hacerse cargo de Sofía. Estas dos personas han favorecido al cuidado y protección de la niña, pero al mismo tiempo han limitado la posibilidad de acercamiento entre madre e hija. -Por ejemplo Daniela dice: *“yo a veces quisiera dormir con ella, la llamo y todo, pero no, Sofía no puede dormirse si mi tía no se acuesta, se pone intranquila, y cuando mi tía se acuesta, pues lo que hace la niña es que se va para la cama con ella y me deja”*

Daniela atraviesa momentos en los que quisiera alejarse o simplemente ve sus intentos de acercarse como algo que no tiene sentido, por lo que no reconoce las acciones buenas que puede hacer con su hija.

“La verdad es que aich todo no sale como yo quiero, entre más me estoy esforzando con Sofía, más la embarro [...] Como le dije, yo intento pero es que si no me dejan, y lo que no quiero es que lo que he tratado de hacer ha sido como un

sacrificio, no sirva. Me aterra saber que otra vez la sienta y la vea lejana. No quiero eso la verdad no quiero eso, lo que quiero es seguir con mi hija, pero con mi hermana y mi tía como que no puedo”.

En el mismo sentido, ella en otra sesión dice:

“Aunque bueno eso es obvio, no ve que ellas han estado con mi hija, ellas han sido las mamás para ella, y pues eso es lo que no quiero [...] pues sí, sí he hecho cosas, y así como usted lo dice, pues íi parece que he hecho cosas buenas, con ella, sólo que quizá todo se ve escondido por las críticas que me han hecho de forma constante, en la casa y pues aquí en la fundación [...] Me he sentido contenta, porque además creo que me he podido acercar a mi hija, a pesar de la presencia de mi hermana, que la verdad eso sí que me está poniendo muy furiosa, no sé porque no se encarga de su bebé, bien linda que sí es, y de su esposo también ella que sí tiene, debería cuidarlo en lugar de buscar lo que no se le ha perdido. [...] Aich, la verdad es que sí me da como tristeza y sí como le dije el otro día yo estoy intentando porque quiero acercarme a ella y si es que me da miedo me angustia pensar que la niña no se acerque a mí”.

Con respecto a la institución se siente amenazada y juzgada, lo que incluso incidió en el acercamiento que intentaba hacer Daniela a Sofía:

“sé que a muchos no les gusta lo que hago y sobre todo el coordinador que estaba antes, para él todo lo que yo hacía estaba mal, una vez pasó algo con un medicamento y eso mejor dicho fue un problema, me citó ¿para qué? Para regañarme, eso me comenzó a decir que yo era una madre descuidada, que no le

ponía atención a Sofía y que ni siquiera el medicamento, y vea doctora eso sólo pasó una vez pero fue más porque no me lo dieron y me tocaba esperar, pero él no lo vio así, él me gritaba y sólo sé que le respondí mal y me fui [...] y una vez que la lleve yo y que iba toda linda, porque me acuerdo que iba así, él llegó y me dijo que era un milagro que estuviera yo con la niña, que se le hacía raro y que esperaba a otra persona para que la llevara no yo, que porque yo no, era exactamente la que estuviera pendiente de ella”

Esta relación ha estado fallida desde el inicio, un embarazo no deseado, con el hombre equivocado, en un momento donde la madre no podía ni quería asumir su maternidad, se ve aún más fracturada con la presencia de una discapacidad intelectual severa, sin poder establecerse un acople entre la madre-hija. A la madre se le dificulta identificarse y reflejarse en su hija, más aún cuando su hija no puede casi devolver respuestas que nutran y retroalimenten el vínculo.

4.1.5 Alcance Terapéutico

En la relación diádica entre madre e hija también ha aparecido otro tercero, la institución que ha asumido las funciones de cuidado, rehabilitación y protección, con Sofía. Siendo la intervención con los padres más desde el deber y la obligación, desconociendo procesos particulares en la conformación de este vínculo, muchas veces en vez de fortalecerlo y convertirse la institución en un mediador para este fin se puede convertir en una figura persecutoria. Daniela es citada a la institución a un proceso obligatorio de intervención, el cual tenía como objetivo para la institución: “hacer caer en cuenta y establecer con la madre unos acuerdos” para que se hiciera cargo de los compromisos con la institución, como

llevar a tiempo los medicamentos, asistir a las reuniones y puntualidad; de no asistir estaba la amenaza de sacar a la niña del programa. La madre al comienzo del proceso se sentía juzgada, desvalorizada e incomprendida en su función de madre, desconocida en todos los esfuerzos para sacar adelante sus hijos.

En el proceso terapéutico se estableció un encuadre de una vez a la semana, en el que se trató de construir y generar una atmósfera de confianza y comprensión, disponibilidad y tolerancia para recibir las emociones y actuaciones de la madre. En un comienzo la madre asiste de manera cautelosa y prevenida, siendo reservada en la información e incumpliendo los horarios. A medida que el tiempo transcurría y la madre iba estableciendo una relación cercana con la terapeuta, y el espacio y la relación, eran muy valorados por Daniela, cada vez que no podía asistir, avisaba y pedía reubicación. Este espacio que la cuestiona, la confronta y la hace pensar, a la vez que la contiene y le permite que pueda acercarse a la hija, como si el temor y resistencia de ser madre de una hija con discapacidad, fuera metabolizado por contenidos más digeribles que iban perdiendo su carácter venenoso.

“aquí es como que el único lugar en que me desahogo y creo que usted no me va a criticar y bueno quizá usted me ayude a ver qué hago con Sofía”

Sin embargo la institución desconociendo la relevancia y el objetivo del proceso, presionaba para obtener resultados visibles como el cumplimiento de “compromisos”, si la madre no cumplía con alguno de ellos, le reclamaban a la terapeuta su falta de “eficiencia”. El proceso estuvo enmarcado por dificultades para disponer de lugares privados, y los impedimentos de horarios para que la terapeuta pudiera cumplir con las citas, ya que le programaban otras actividades.

A medida que transcurrían las sesiones, Daniela se iba acercando a su hija de manera diferente, pudiendo reconocer y conectándose con las emociones, las vivencias y las fantasías, que se lo impedían, *“me acerco a mi hija, la estoy comenzando a reconocer mucho más como parte de mí, pero aún me cuesta, ya se lo había dicho, me da temor sola cargar con eso, necesito de alguien”* En otra sesión manifiesta:

“Quiero olvidarme de la discapacidad de mi hija, que estoy sola, que va a depender de mí aunque la cuiden otros y quiero olvidarme o escapar de pensar que algún día alguien ya no me ayude y que ahí si me toque a mi sola, es que eso es lo difícil [...] Creo que sí, lo que quiero olvidar es que soy una mamá que tuvo que estar sola con un problema como el de Sofía, que estoy sola y sobre todo que no he podido ver a mi hija, en serio, ni siquiera como una vecina o prima. Aunque bueno quiero intentar acercarme a ella”

Hacia el final del proceso se pudo observar en Daniela, su interés genuino por acercarse con otra mirada a su hija.

“pues vea de un tiempo para acá lo que he hecho es que he dormido con Sofía, dormimos las dos y pues la niña no sé ha querido levantar a buscar a mí tía, y pues ahora a la que busca es a mí para dormir, y pues eso me agrada mucho. También hemos salido más, compartimos, he tratado de jugar con ella así como con los otros niños a hacer cosquillas, me estoy esforzando porque quiero intentar ser una buena mamá para ella, y bueno vamos a ver qué pasa. De lo que hemos hablado aquí me han dejado pensando muchas cosas y pues una de esas es que ya no quiero ver a mi hija como una extraña y desconocida, podré tener muchos errores, pero

tampoco soy mala persona [...] y pues la vez pasada después de hablar con usted me fui a esperarla a la ruta, y nos fuimos para que le pusieran unos aretes, la peine, comimos helado”.

La paciente refiere lo que ha significado el espacio terapéutico, ella lo describe como *“este es un espacio en el que puedo hablar con tranquilidad como que puedo decirle cosas y no siento miedo que usted me vaya a criticar como lo hacen los demás, usted como que se da confianza”*. Parece que Daniela ha encontrado en los encuentros terapéuticos un lugar en donde se validan los intentos de acercarse a su hija, un espacio que ha cumplido la función de contención de todos los contenidos emocionales que otros por lo general rechazan o critican, además que la función de la terapeuta parece enmarcado también en un acompañamiento a la labor de ser madre *“la verdad es que con usted creo que puedo ser mejor mamá o bueno por lo menos intentar serlo porque no es nada fácil ser mamá de una hija con la discapacidad de mi hija”*.

De la misma manera, debido a que durante el proceso terapéutico surgió una nueva relación en la que el resultado fue la concepción de un bebé, la terapeuta parece que asumió ante el embarazo la función de un Yo auxiliar, especialmente cuando le pide a la terapeuta *“usted me puede acompañar a la prueba de embarazo, es que la verdad no quiero ir sola, me da mucho susto de lo que pueda pasar, me aterra pensar que estoy otra vez embarazada y pues quiero que me acompañe alguien de confianza”*.

En el proceso con Daniela la relación terapeuta – paciente atravesó por diferentes momentos que fluctuaron dependiendo del estado de la paciente. Por ejemplo, se presentó con ella una relación de desencuentro cuando se habló sobre su quinto hijo y sobre el hecho

de que ella no estuviera preparada para un nuevo bebé. En ese momento debido a los argumentos de Daniela, la terapeuta no fue un adecuado continente, pues no estaba en la disponibilidad de recibir y participar para darle una idea a la paciente sobre la comprensión de lo manifestado en las sesiones, más bien la terapeuta fue inundada debido a la actuación que Daniela tuvo; Daniela en ese momento transfirió toda la responsabilidad a la terapeuta para que asumiera su responsabilidad frente al hijo, pero la respuesta de la terapeuta fue vivir sentimientos de angustia. Este momento logró superarse después de varias sesiones, y fue nuevamente como en otros momentos, donde surgió una relación terapeuta – paciente como acople. Esta relación se fundamentaba en que las dos partes tomaban la función de continente y contenido, de tal manera que se lograron comprensiones y avances en la relación entre madre e hija *“la verdad es que estando acá me hace bien, vea primero usted me escucha y segundo, he podido acercarme a Sofía con agrado y bueno hasta conocer nuevas cosas en ella, trato de ser mamá o bueno algo parecido para ella”*.

Pero como fue fluctuante la relación con ella, el proceso culminó en un desencuentro con Daniela por la presencia de su cuarta pareja, ya que en este momento fue Daniela la que decidió distanciarse, lo que llevó a considerar que el proceso culminó y sobre todo su acercamiento a su hija debido a la presencia de un hombre a quien ella lo veía como una persona que la iba a acompañar para superar toda dificultad.

4.2 Irma y Angélica

4.2.1 Una mirada a la historia

Irma es una mujer de 44 años, vive en altos de Cazuca en Soacha Cundinamarca. Habita en una casa prefabricada, la cual fue donada por el pastor de la Iglesia a la cual asiste, a su

hija Angélica quien presenta una discapacidad. Irma nació en una zona rural cálida tuvo 3 hermanos, no tiene conocimiento actual de sus padres, es decir, no sabe si están vivos o muertos, desde los 15 años decidió trasladarse a Bogotá “a aventurar”. En la actualidad trabaja reciclando ropa los fines de semana, especialmente los días domingo; asiste entre semana y cada sábado a culto, vive sola, “mi única compañía es mi perro, es el único que está pendiente de mí como que se alegra cada vez que me ve”. Durante muchos años no ha tenido una pareja estable, ya que como ella misma lo dice: *“mis relaciones nunca son estables y además es que es difícil porque no todo el mundo lo acepta a uno con una hija como la que yo tengo, y además es que me preocupa que si estoy con alguien mi hija pueda ser vulnerada”*.

Comenta que cuando llegó a Bogotá tuvo que trabajar como empleada doméstica, actividad laboral que tuvo que abandonar porque se presentó maltrato físico y psicológico hacia ella; al poco tiempo, a sus 17 años, se dedicó al trabajo sexual, *“es una actividad que trae mejor dinero y además no perjudica a nadie”*. En el bar, conoció a un hombre de 30 años, quien trabajaba como vendedor de lotería y con quien decidió entablar una relación afectiva. Esta relación duró hasta que ella cumplió la mayoría de edad (18 años). Irma quedó embarazada, pero ella no lo sabía por lo que sus hábitos se mantuvieron (consumir alcohol, sustancias psicoactivas, fumar, mantener encuentros sexuales con clientes del bar sin protección) y fue a los 7 meses de gestación cuando ella se enteró, pero ya había pasado mucho tiempo y a pesar de los riesgos, ella no asistió a controles posteriores, según lo que ella menciona *“a pesar de que nunca asistí a controles médicos, yo sólo pensaba que las cosas salieran bien y que mi bebe estuviera bien”*. Comenta Irma que cuando su pareja se

enteró del embarazo, decidió terminar la relación y marcharse de Bogotá. Es así como a los nueve meses y medio, tiene a su hija sola.

Angélica, su única hija, actualmente tiene 29 años, y con ella ha tenido que afrontar varias dificultades sociales, económicos y de salud. Irma durante los cinco primeros años de la vida de su hija la cuidó y trató de proporcionarle todo lo necesario para sobrevivir. Angélica durante el tiempo que permaneció bajo el cuidado de su madre, presentó comportamientos de difícil manejo y con el aumento en los episodios de convulsión, la madre decidió buscar ayuda en diferentes entidades del estado, hasta que acudió a una entidad de Cundinamarca. Una vez presentado el caso se inició el proceso de institucionalización a la edad de los cinco años *“es que no sabía qué hacer, la verdad lo intentaba, pero es que para mí fue muy difícil, ella me pegaba muy duro, yo de verdad lo intentaba pero fue muy difícil (llora la madre)”*. Angélica durante 20 años desde que inició su proceso de institucionalización fue trasladada en 4 ocasiones a diferentes centros ubicados en diferentes zonas rurales de clima cálido, a los 26 años finalmente llegó a un centro ubicado en la ciudad de Bogotá. Irma, tiempo después institucionalizar a su hija comenzó a presentar síntomas como alucinaciones auditivas, visuales, fuertes dolores de cabeza, episodios de llanto por más de dos semanas, insomnio, pérdida del apetito. Acude al médico y le diagnostican un trastorno esquizoafectivo, inicia medicamentos, *“después que deje a Angélica en Sibate ya para toda la vida, uy no eso para mí fue algo muy duro, porque nunca pensé que yo tuviera que hacer eso y más con ella que es, bueno, fue parte de mí, sentí como que todo el mundo se me vino encima, y yo no sabía para dónde coger, eso fue horrible y pues bueno después de eso me toco usar medicamentos, sólo me acuerdo*

de la fluoxetina, levomepromazina, risperidona y otras que no me acuerdo porque eso era como un salpicón mucho medicamento, pero ahora sólo me tomo la fluoxetina”.

Desde esa época hasta la actualidad, Angélica pertenece a un programa de atención integral en el que su cuidado ha estado a cargo de instituciones del estado. Angélica se pasó del tiempo estimado para el nacimiento y presentó sufrimiento fetal, nació con una parálisis cerebral, lo que trajo de forma asociada una discapacidad intelectual profunda, epilepsia y deterioro del comportamiento. Se caracteriza como una persona que carece de lenguaje verbal, no logra establecerse un contacto visual, es dependiente en las actividades de la vida diaria, presenta conductas de autoagresión (se pega, pellizca y muerde), heteroagresión (muerde, pega, pellizca y en ocasiones escupe a otros), destrucción de los objetos que la rodean, tiene dificultades motoras caracterizadas por la pérdida de equilibrio, por lo que cuando hay desplazamientos extensos requiere de apoyo para evitar accidentes, presenta episodios de epilepsia, los cuales son de difícil manejo; requiere medicación, para su epilepsia, para moderar el estado de ánimo y evitar que entre en estado de agitación psicomotora

4.2.2 Relación con mis objetos primarios

Irma es la menor de tres hermanos, la relación con sus hermanos fue estrecha, aunque no recuerda mucho de ellos, ya que tomó la decisión de marcharse de su casa estando muy joven y sus hermanos ya habían conformado sus propias familias, *“me acuerdo que compartíamos mucho y que nos íbamos siempre a los Palos de mango y de ciruelas, allá jugábamos casi todo el día y sobre todo después de la escuela [...] éramos muy unidos y casi siempre nos cuidábamos entre nosotros especialmente cuando nos iban a regañar”.*

Irma destaca que la relación con sus padres y con sus hermanos llegó a su fin cuando decidió mudarse a Bogotá.

En cuanto a la relación con sus padres, Irma destaca que con su madre la relación no era muy estrecha, ella se dedicaba a las labores del hogar y además era de un carácter estricto, lo que llevaba a que las manifestaciones de afecto no fueran frecuentes; destaca la paciente en cuanto a la relación con su madre: “ *Recordé de mi época con mi madre, que yo como que me sentía que estaba en último lugar, y el resto de las personas estaba de primeras, a veces pensaba que era tan diferente a mi madre y que algo en mí estaba mal*”.

Parece ser que durante el embarazo y parto de Irma, la madre tuvo varias dificultades generadas por las continuas discusiones con el padre y por algunas complicaciones de salud, lo que llevó a que se adelantara el parto, situación que las mujeres, lugar en el que ella nació y las creencias de la época, veían como algo malo, que traería muchas enfermedades y desgracias a la familia. Mientras que Irma crecía, la madre sólo pensaba en enviarla a una institución lejos para que pudiera aprender cosas, sobre todo lo relacionado con el trabajo.

Parece ser que el vínculo de Irma con su madre, estuvo enmarcada por el trabajo en las labores del hogar y la dedicación a sus hermanos mayores y a su padre, con pobres manifestaciones afectivas como abrazos o besos, la preocupación de la madre se basaba en la satisfacción de las necesidades básicas. La noción de madre que construyó Irma fue distinta a la relación con su madre: “*para mi ser mamá, es poder estar pendiente de mi hija, ella es lo más importante que hay en mi vida, aunque sé que no estoy con ella porque su discapacidad es muy, muy difícil igual que la mía, pero ella para mi es lo más importante,*

por eso procuro ir a la fundación y a todas las instituciones en las que ella ha estado para estar con ella, y como que no crea que yo la dejé de últimas, por eso me arriesgo y es que no quisiera que pensara como yo, cuando pensaba que era la última para mi mamá”. Pero esto se complementa con algunas ideas en lo que respecta a las ayudas para poder cumplir con la entrega de su amor y cuidado, así fuera a distancia y por algunos momentos. “definitivamente ser mamá no es fácil, como que uno no nace con un manual debajo del brazo, porque es algo que uno no se espera para nada, uno de mamá es confundida. Como quisiera haber tenido como un manual [...] Uy no, un manual, uy sí eso hubiera sido lo mejor, tener un manual para que yo supiera cómo tratarla, cómo trabajar con ella”. Para esta mujer, ser madre era un deseo y quería cumplir su función de madre, reparando la experiencia vivida con su propia madre, sin embargo la complejidad de la discapacidad de su hija, se lo impidió. Ella busca la manera de poder acercarse a su hija, pero lo difícil de su condición, la lleva a sentirse impotente, sin recursos, con la expectativa que si recibe orientación-manual, su función se podría llevar a cabo.

También vive un sentimiento de culpa, por no estar con su hija y haberla institucionalizado, situación que también incide en la construcción de su concepto sobre la función de madre y su desempeño.

“Como que me falta ser mamá, con ella, como que no sé si las cosas que hago las hago bien (mientras me habla, mira a su hija, la señora Irma comienza a llorar y la adulta se acerca de forma reiterativa en búsqueda de una caricia de la mamá, y también la abraza), y a veces pienso que no es nada fácil llevar a cabo mi función de mamá, porque a veces pienso que en las diferentes instituciones en las que ha estado mi hija, otros cumplen una función de cuidado, o a veces pienso que le toca

cuidarse sola, así como me tocó a mí, me tocaba cuidarme sola, o sino en el bar o en la casa donde trabajaba me cuidaban, pero más en lo relacionado con darme de comer, porque amor, amor, no es que me dieran [...]mis habilidades de mamá, no sé me dan, no sé cómo que, sin mis padres sin la guía de ellos como que las cosas se me han dificultado, como que la manera distante de mi madre y la ausencia de mi padre influenciaron en mi forma de ser mamá”.

Irma piensa que puede ser madre, pero debido a la complejidad de la discapacidad de su hija, la madre vive en su emocionalidad la dificultad para sostenerla, por lo que prefiere sólo enfocar su cuidado en lo operativo, pero hay que mencionar que Irma señala que la forma afectiva distante de su madre y la ausencia de su padre incidieron en la forma de vincularse con su hija. Ella se siente que ha fallado, desconociendo que la condición de su hija puede sobrepasar las intenciones de poder ser una madre suficientemente buena.

Por su parte, en cuanto a la relación de Irma con su padre, ella destaca que comparándola con su madre fue estrecha. En el tiempo que vivieron juntos hasta los 15 años, compartían espacios y actividades a pesar de que él trabajara largas horas en los campos donde vivían. Para Irma, parece ser que no era fácil comprender las discusiones entre sus padres, y especialmente la separación entre ellos, ella describe que su padre fue una persona especial e incondicional, *“con mi padre compartí los mejores momentos de mi vida, cada vez que yo estaba triste mi padre era la persona que siempre me consolaba, y bueno lo más importante es que nunca me dejo de últimas, nunca sentí que fuera lo último para él, al contrario, siempre pensé que yo era la consentida”.* Pero a pesar de esto, en el momento en que se separaron los padres, Irma destaca en una de las sesiones:

“Vea cuando mi papá se fue de la casa, y creo que él era como que de los que más medio me paraban bolas, yo fui una de las que más lloró porque vi cómo se fue molesto con mi mamá, vi como mi mamá le pegaba porque se iba y nos dejaba, y usted cree doctora, a mí fue a la última persona que le preguntaron cómo se sentía, yo me acuerdo que yo me fui de la casa y jummm mi mamá ni se dio cuenta, y cuando volví a la casa, porque me dio tristeza también dejarla, pues lo que recibí fue una trilla por parte de ella”.

Teniendo en cuenta lo que menciona Irma, parece que el padre, en el psiquismo de ella cumplió una función de contención de todos los elementos emocionales. De la misma manera, la decisión por parte del padre de dejar el hogar, como consecuencia de las discusiones con la madre parece que dejaron en Irma la sensación de un vacío irreparable, pues la única persona, que la veía o “paraba bolas” era su padre, quien le daba un sentido para permanecer en casa.

Con esto, las relaciones tempranas de contención parece que estuvieron enmarcadas por el sentimiento de aislamiento, lo que lleva a que Irma considerara que no fue contemplada o diferenciada, pareciera que hay comportamientos o situaciones que reflejan su relación con Angélica, pero a pesar de esto, busca darle cierta manera una contención que va más allá de los cuidados y que se relaciona más el sostén, pero su hija no se puede dejar sostener.

4.2.3 Construyendo el vínculo madre e hija

Ahora bien, es preciso que se haga mención sobre algunas de las características que enmarcan el vínculo madre e hija. Irma comenta que la noticia de su embarazo se dio de forma inesperada, le generó desconcierto, y tristeza; por una parte se culpó por su trabajo y

los hábitos que hasta ese momento llevaba, y por otra porque la noticia de su embarazo fue cuando ya tenía 7 meses y no había iniciado los controles médicos. La noticia de su embarazo, además, estuvo acompañada del abandono del padre. Irma comenta que el padre de Angélica, era un hombre que la cuidaba, que estaba pendiente, a veces mencionaba, *“mi pareja en ese momento, a veces parecía más mi padre, por lo que siempre había estado conmigo y bueno como que me había acompañado en los momentos más críticos, pero definitivamente no fue así”*. Irma desde los siete meses que se había enterado, había imaginado que quizá su hija nacería con algún problema o que ella podría incluso sufrir un quebranto de salud, aunque en ocasiones pensaba en que todo estaría bien. Irma cumplió los nueve meses de gestación y acudió a su médico, teniendo en cuenta las recomendaciones y las contracciones propias de un trabajo de parto, sin embargo una vez estando en el médico, allí le dijeron que aún no era tiempo y que debía regresar a casa, ella lo hizo sin estar convencida. Espero dos semanas más, y acudió nuevamente al médico ya que estaba preocupada y ya no sentía los movimientos de Angélica. Cuando llegó al hospital, fue atendida de urgencia, *“eso fue tan raro, porque me habían enviado a la casa, y si no es porque me preocupo, la niña se queda en mi estómago y no nace”*... *“eso fue más raro, vea cuando estaba en la sala para traer al mundo a mi hija, lo primero que salió no fue mi bebé, sino la placenta, eso fue lo primero que expulse, y ya después los médicos tuvieron que cortar la membrana y luego usar fórceps para poder sacar a la niña, eso fue algo terrible y con un dolor impresionante ya en la recuperación [...] me acuerdo que no pude ver a la niña, y se la llevaron inmediatamente, eso los médicos corrían, las enfermeras todos y nadie me decía nada”*.

Angélica tuvo que ser hospitalizada durante dos meses, en ese tiempo permaneció en incubadora, de forma constante presentó episodios de convulsiones, la madre sólo podía verla por algunas horas. Cuenta Irma que en los cuidados en el hospital, algunos médicos le hacían señalamientos descalificativos por la falta de cuidado y control en el embarazo. El último día de permanencia en la clínica por parte de la niña, le dieron la orden de pago, pero ella no tenía dinero para pagar. Situación que informó, pero la respuesta de trabajo social, es que si no había los medios la niña quedaría ahí y que llamarían al ICBF. Ante esto la madre tomó la decisión, *“pues yo no tenía dinero, y quería estar con mi hija, porque era mía y me daba un miedo que en el hospital me la robaran o me le fueran a hacer algo malo, por eso como una ladrona me entré y nadie me vio pues lo que hice fue que de verdad me robé a mi hija, la saqué sin que se dieran cuenta y pues me la llevé para mi casa, con todo y lo enferma que estuviera”*.

Ya estando en casa, parece que las cosas no se dieron de una forma sencilla, Angélica no veía, no estaba comiendo bien, presentaba espasticidad (músculos tensos y rígidos), se presentaron episodios de convulsión de difícil manejo. En ese momento la madre, se enfrentó a la discapacidad de Angélica, situación que no era reversible, *“por momentos pensé que mi hija había nacido bien, pero ya como que lo que pensaba hacer con ella no se podía, estaba enferma [...] yo como que quería morirme, la hija que había pensado, no estaba, no existía y yo sola no sabía qué hacer, y pues no sabía cómo enfrentar eso”*.

A pesar de eso, Irma se hizo cargo de llevar a su hija al médico, especialmente a las terapias y a cada uno de los controles, además de esto, también en casa realizaba todas las recomendaciones que le hacían, desde fisioterapia, nutrición y otras. Pero en la medida que Angélica iba creciendo comenzaron a aparecer otros comportamientos, como por ejemplo,

mordiscos, pellizcos o halar de forma fuerte el cabello de su madre. Irma pensaba que esto no era tan complejo, pero aumentó cuando la niña tenía cuatro años y comenzó a destruir cosas de su casa, y aumentar las conductas heteroagresivas y autoagresivas. La madre no sabía cómo manejar esta situación, ella menciona que *“a veces me tocaba pegarle, porque me hacía muy duro, mejor dicho casi que no la podía controlar, pero menos mal que esto ya era en nuestra propia casa, porque o si no la gente pensaba que yo la estaba matando, porque eso si como ahora, siempre ha metido unos gritos y eso llora”*. Ya cuando tenía cinco años, la madre tuvo que tomar una decisión, debido al difícil manejo de su comportamiento, por las dificultades en el manejo de la epilepsia y la imposibilidad de trabajar, esta consistió en acudir a varios entes del estado para que le sugirieran que podía hacer, es así como llegó a una entidad de Cundinamarca, y una vez iniciado el proceso a la edad de 5 años Angélica ingresó a un programa de protección o institucionalización a las afueras de Bogotá. Desde ese momento, Irma ha asistido una vez al mes a visitar a su hija, pero en la medida en que Angélica ha crecido los episodios de respuestas hostiles hacia ella han aumentado; en una ocasión fue necesario la presencia de la policía ya que Angélica golpeó a su madre de tal manera que le fracturó algunas piezas dentales, es por eso que desde ese momento todas las visitas deben ser supervisadas por un profesional del centro en el cual esté. Esta situación para Irma al principio no fue cómoda, pareciera que en lugar de generarse un encuentro con su hija, lo que se daba era un desencuentro; la presencia del profesional, generaba y aumentaba las respuestas de rechazo por parte de su hija hacia su Angélica,

“Pareciera que cuando estaba con el profesional, Angélica fuera otra porque me rechazaba y se ponía a gritar y llorar, mejor dicho, pero cuando la profesional no

estaba ahí encima podía peinarla, pintarla, eso le colocaba ganchos en el pelo, le lavaba los dientes le echaba perfume y brillo, mejor dicho era perfecto, y como que pensaba que ya todo estaba mejor, pero cuando llegaba otra vez el profesional pues comenzaba a llorar, y ahí yo como que me sentía pérdida, nuevamente sentía como si no pudiera, como que todo era difícil, como que la situación a veces no la lograba entender [...] a veces la sensación de no estar haciendo las cosas bien, las sentía aquí en la fundación, pero por parte de la jefe de enfermeros y algunos de los profesionales, porque una vez me dijo que yo era la que tenía la culpa de que Angélica se comportara así, eso me hacía sentir tan mal, yo tratando y que me digan eso, pues a cualquier persona lo desanima”.

Actualmente, Irma visita a su hija en un centro de protección donde ha disminuido la supervisión en las visitas, pero algunos comportamientos de Angélica se mantienen especialmente cuando la madre deja de asistir al centro, y va a visitarla cada dos meses. Pero cuando es constante, Angélica tolera el tiempo de las visitas, muestra respuestas de agrado ante la presencia de su madre e Irma experimenta felicidad, y para ella en ese momento surgen ideas como:

“Estoy intentando de verdad que sí, cuando vengo más seguido como que la niña no me pega o rechaza y eso disfruta jugar con lo que le traigo, y yo aprovecho y juego con ella y bueno la peino cómo me encantaría hacerlo. Yo veo que ella siempre cambia conmigo [...] Mírela, mírela cómo juega con la pelota, ay es más bonita, yo siempre le traigo algo, se acuerda que le dije, intento siempre, siempre traerle algo a mi nenita [...] Pues porque como ella siempre me pega, y cuando me ve como que se alborota más, aunque yo sé que así ha sido siempre, ella siempre

llora, se bota al piso y se pega, eso fue lo que dije al psiquiatra, pero pues como que él no entendió eso, como que me vio con una cara como si estuviera loca, pero no, es que eso es lo que a mí me duele, porque yo hago de todo para que mi hija esté bien”.

Con lo anterior, parece que la relación que ha establecido Angélica con la figura de su madre, se caracteriza también por una ambivalencia, sin embargo para Irma los momentos de encuentro con su hija equivalen a un contacto, lo que para ella es estimulante pues puede sentirse como madre buena con su hija, logra engancharse con su hija debido a las respuestas positivas que emite Angélica. Irma logra cumplir sus deseos de ser madre, ella siente como si fuera un “objeto suficientemente bueno”.

4.2.4 Relación Terapéutica

Irma tuvo la iniciativa de iniciar su proceso terapéutico de buscar un espacio con quien conversar y con quien pudiera encontrar alguna solución para encontrarse con su hija *“la verdad es que yo decidí buscar esto porque me siento mal y como que ando angustiada, pero la verdad también lo quise buscar porque necesito ayuda para saber qué puedo hacer con Angélica, a veces me siento desesperada de no saber qué hacer con ella y sobre todo cómo acercarme a ella, para que me vea, para que me quiera y no me rechace”*. Se identifica como la madre vive un sentimiento de frustración por las respuestas de su hija, pareciera que se siente culpable por no tener los elementos emocionales para sostener, cuidar y proteger a su hija, por eso trata de buscar un tercero que la acompañe, que la sostenga y la cuide de las respuestas de su hija, así como que la oriente. La madre quiso buscar soluciones inmediatas como la búsqueda de un manual que proporcionara los elementos

para cumplir con sus funciones maternas que tanto anhela, pero que por las respuestas de su hija ella siente que falla.

Para Irma ha sido muy difícil comprender que la falla no es sólo de ella, si no que las características severas de desarrollo de su hija le impiden establecer un vínculo madre – hija.

Durante las sesiones, se ajusta un dispositivo en el que la madre y la hija, pudieran compartir el mismo lugar, entorno a actividades dirigidas o simplemente observación. La terapeuta era un puente un facilitador, que tímidamente orientaba o resaltaba comportamientos que Angélica realizaba en función de la madre y ella en función de su hija, *“Oiga doctora vea que sí, es como si estuviera ese sueño, estoy bien con mi hija, ha aguantado mucho tiempo conmigo, y es como la primera vez, hemos estado como 40 minutos las dos jugando con la pelota, con el pasto, le he puesto flores en la cabeza. Como que mi sueño se hubiera vuelto realidad, no sé si por hoy pero quiero aprovechar, será que la otra sesión puede hacer lo mismo”*.

La madre buscó la forma de acercarse a su hija a través de solicitar momentos con ella, ya que pareciera que a través de estos espacios Irma trataba de remediar su sentimiento de culpa y frustración, *“estos espacios la verdad me han hecho tan bien, como que a veces siento que puedo borrar todo lo que hice, lo malo, y pues sobre todo como que con compartir con ella pensar que nada pasa, como que me olvido que por mi culpa está ella así sólo porque no me cuidé”*.

A lo largo de los encuentros se identifica la necesidad de que pudiera estar en presencia de la hija como una manera de reconocer a su hija, de mirarla o reflejarse en ella. Ese

cambio del dispositivo favoreció al reencuentro de madre e hija, desde una perspectiva diferente, para la madre fue reparador y gratificante, como si tratara de reeditar una situación temprana y ahora estructurar un nuevo momento en el que los elementos emocionales de Angélica fueran recibidos y transformados por la madre, la cual la hija, devolvió a través de los gestos e incluso de los acercamientos afectivos (abrazos, besos, caricias), como un intento por unir las dos funciones de *handling* y *holding*.

Sin embargo, es pertinente señalar que esta relación y acercamiento entre madre e hija, se vio interrumpido en varios momentos por la institución, argumentando la protección de la madre, desconociendo una función diferente del profesional acompañante, de supervisor-vigilante a mediador-facilitador, *“ay doctora varias veces se han tenido que cancelar la cita porque usted o está ocupada o yo llegó tarde y no me puede atender, pero entiendo, pero es que es difícil, más cuando la coordinadora me dice que usted está ocupada y que vuelva después, eso me incomoda mucho, a veces pienso que no les importa que me pasa y cómo me siento”*.

En el proceso con Irma se vivieron varios momentos que trataron de dificultar el proceso que se estaba llevando a cabo situación que ponía en riesgo el vínculo que se había logrado estructurar con ella a lo largo del trabajo terapéutico, por ejemplo en algunas ocasiones los encuentros debían ser aplazados debido a que a la terapeuta le asignaban otras actividades, por lo que por parte de Irma se escuchaban algunos reproches relacionados con: *“con esto que está pasando la verdad pienso que no le importa lo que me pasa a la fundación, como que sólo me reclaman cosas, pero cuando vengo a los encuentros con usted, así como hoy ponen como trabas, y es que no me parece, además usted siempre me ha dicho o bueno me ha hecho ver que este espacio es mío, pero otros lo usan y yo sé que usted me entiende, por*

eso me molesto, pero es más con los demás”. Con esto, pareciera como si en ese momento la relación paciente – terapeuta hubiera sufrido un desencuentro, en el que la paciente así como un bebé, siente y expresa angustia ya que por un tercero no logra encontrar un pecho que en este caso sería el espacio terapéutico, en el que puede depositar toda su angustia y recibir alimento, además que posiblemente esto de forma inconsciente es una manera de repetir en la transferencia situaciones similares vividas con su madre.

Pero al mismo tiempo, en el trabajo con Irma logra establecerse una relación de acople, esto debido a que la paciente logra identificar un espacio continente en donde puede depositar todos sus contenidos y logra la comprensión de estos. Además se producen nuevos pensamientos y comprensiones relacionadas con su rol y función y significado de ser madre *“cada vez que vengo aquí a hablar con usted la verdad me siento más tranquila, sé que han pasado muchas cosas, pero la verdad es que al sentir que este espacio es para mí, y que puedo hablar sin temor como que me tranquiliza y me siento mucho mejor, además que cada vez que me voy de aquí logro pensar que puedo ser una mejor mamá con Angélica, a pesar de su enfermedad que es tan difícil”*.

4.3 Gilma y Manuel

4.3.1 Conociendo la historia

Gilma tiene 56 años. Nació en un pueblo de Boyacá, es la cuarta hermana de un total de 8 hermanos, sus dos hermanos mayores fallecieron por complicaciones de salud, ella y su hermana Gina asumieron el rol de hermanas mayores, así como las funciones de cuidadoras y protectoras. Gilma se casó a la edad de 19 años con un hombre 10 años mayor que ella. De esta relación nació su hija, actualmente ella ha conformado una familia con su esposo y

dos hijos. El matrimonio de Gilma se termina por temas relacionados con infidelidad, él se desaparece y no vuelven a tener ningún contacto, ella asume gran parte de la crianza y sostenimiento de su familia, Tiempo después a la edad de 29 años conoció a su segunda pareja, 6 años mayor que ella; la madre de Gilma no estuvo de acuerdo que una mujer con una hija reiniciara su vida afectiva, a pesar de esto Gilma continuó con la relación; de esta unión nació su hijo Manuel. Con esta pareja se presentaron problemas económicos, maltrato físico y verbal, e infidelidad, *“las dos relaciones para mi fueron demasiado complicadas, además que debido a mis dos separaciones tuve que asumir no a uno, si no a dos hijos, cada uno con sus propias complicaciones”*. Gilma queda a cargo del sostenimiento, cuidado y protección de sus dos hijos, aunque el padre de su hija mayor de forma ocasional compartía espacios y tiempos con ella, además que le proporcionaba a la madre cierto monto económico para solventar las necesidades básicas *“el papá de la niña si medio se dejaba ver al menos con plata para comprarle las cosas que ella necesitaba y bueno a mí me tocaba hacer rendir la plata para que pudiera también darle a Manuel y más porque con él requiere más cosas, cuidado de todo”*.

Manuel actualmente tiene 27 años, el parto presentó varias complicaciones, durante estos años estuvo bajo el cuidado y protección de su madre e incluso de su abuela, los tres viven en la misma casa. El proceso de desarrollo de Manuel presentó varias dificultades desde un comienzo. Caminó a los cinco años, pronunció palabras a los cuatro años, alcanzó el control de esfínteres a los 9 años. Manuel nació con discapacidad intelectual severa, epilepsia y deterioro del comportamiento. Esto se caracteriza por dificultad en la comprensión y seguimiento de instrucciones, dificultad en el contacto visual, es dependiente de las actividades de la vida diaria, tiene episodios de epilepsia, fluctuación en

el estado de ánimo y presencia de conductas hostiles hacia la madre, otros familiares y hacia él mismo.

En la etapa de la pre-adolescencia y adolescencia Manuel presentó aumento en los episodios de convulsión, además comenzó a presentar comportamientos de difícil manejo para la madre: conductas de pegarse contra las paredes, golpear a la madre, coprolalia, daño de objetos del entorno (romper puertas, arrojar los televisores), conductas de masturbación ante la madre y la abuela. Estas situaciones fueron las que llevaron a que la madre tomara la decisión de presentar su caso ante un ente del estado, por la complejidad de los comportamientos y también por solicitud de la abuela de Manuel *“mi mamá me decía que tenía que hacer algo porque él ya la estaba desesperando y más porque tenía comportamientos que estaban lejos de ser normales y que hacía algo o sino llamaría a la policía porque a veces era peligroso”*. Es por eso que cuando obtuvo el cupo en la institución accedió y fue así como, por primera vez ingresó por un período de cinco meses en un programa distrital en el que se ofrecía un proceso de atención integral.

4.3.2 *Mi relación con mis figuras primarias*

Durante la niñez de Gilma, la relación más estrecha fue con su hermana Gina, eran las dos mujeres mayores y las que se ocuparon durante varios años de la responsabilidad de cuidar y criar a sus hermanos. Con sus demás hermanos la relación fue estable, pero no era estrecha,

“con los menores no es que me la llevara muy bien, así me haya tocado ayudarlos a criar, y yo creo que esto es más porque mi mamá estuvo más pendiente de ellos que de nosotras las mayores, o sobre todo de mí, entonces yo creo que a mí

a veces me daban como celos, entonces eso muchas veces hacía que como que hiciera las cosas porque me mandaban o tocaba [...]mi mamá siempre ha tenido como mayor preferencia por mis hermanos menores, yo por ser mujer y una de las mayores, pues la verdad es que me tocó criarlos, y darme cuenta que mi mamá como que tuvo mayor tiempo para ellos y a mí me tocó ayudarle y sobre todo trabajar, por eso es que sé que es lo que significa trabajar y ganar plata”.

Gilma decidió trasladarse a la ciudad de Bogotá en búsqueda de nuevas oportunidades, las expectativas e ilusiones que tenía de este cambio, se fueron concretando. Entró a trabajar en casas de familia, en algunas tuvo que enfrentar situaciones de maltrato psicológico y físico, demora en el pago de sus servicios, lo cual necesitaba para enviar a su casa. Después de un tiempo la familia se trasladó a vivir a Bogotá, en el caso de los hermanos menores se dedicaron al estudio, mientras que Gilma junto con su hermana se dedicaron al trabajo de modistería con su madre y lo siguen haciendo hasta el momento actual.

Gilma con su madre no ha tenido una relación estrecha, se ha caracterizado por la crítica, cuestionamientos de su madre, distanciamiento emocional, siente que no logra cumplir las expectativas de su madre, que con frecuencia queda en falla; esta situación actualmente se repite, la madre aún cuestiona ciertas decisiones tomadas por Gilma, especialmente en lo relacionado con la crianza de Manuel, le reprocha que es una madre permisiva y flexible, “mi mamá siempre me critica, nunca está de acuerdo con nada de lo que digo, para ella soy una hija que hace las cosas mal y sobre todo con Manuel, ella me critica mucho como mamá, porque dice que yo no dejo crecer al niño y que lo que hago es que él esté todo el tiempo detrás de mí [...] y mi mamá siempre me saca en cara lo mucho o lo poco que me

da, la verdad es que es tan complicada la situación y como le digo casi siempre hemos sido así distantes.”

La madre de Gilma, estuvo dedicada a su familia, especialmente a su esposo y a sus hijos menores, por lo que ella poco recuerda las caricias, besos o abrazos para con ella.

“Mi madre creo que no me quería tener, dicen algunos de mis tíos que cuando mi mamá se enteró que me estaba esperando le dio muy duro, porque quería primero un niño hermoso como los otros, pero cuando fui mujer como nací tan pequeña y con baja peso, pues completó la idea que yo estaba mal que estaba enferma y que no iba a vivir; además que me cuentan que eso cuando yo era pequeña lloraba mucho y que mi mamá casi no me cargaba porque decía que no me podía mal acostumbrar. Mejor dicho conmigo siempre ha sido un problema, como que la he hecho sufrir mucho y bueno parece ser que lo tengo que pagar de alguna manera con su indiferencia y las críticas en el trabajo y sobre todo lo relacionado con las críticas de ser mamá porque a ella no le parece nada de lo que hago”.

Sin embargo, a pesar de esta vivencia de carencia y desencuentro en el vínculo con su madre, Gilma tiene también recuerdos de cercanía y comprensión, interpretado por ella como una forma de reparar su distancia,

“me llevó el desayuno a la cama, me abrazó me besó, uy no, no sé cómo explicarle pero es que me sentí tan querida por mi mamá, como que pensaba que así me hubiera gustado que me hubiera hecho cuando yo era niña, pero pues bueno ni modo [...] cuando cumplí los 18 años y después de una discusión con mi madre por el trabajo y porque no había hecho unas cosas para mis hermanos, ella me dio

una sorpresa que nunca olvidare, me hizo una fiesta, me compró un vestido, el ponqué, llamó a mis amigas, y trajo lo que más me gusta y eso es una lechona, mejor dicho ese día fue especial, hasta mi madre lloró porque estaba creciendo, ese momento fue tan especial, de verdad pensé que mi mamá me amaba y que desde ese momento todo iba a cambiar, pero pues creo que no”.

La madre de Gilma a nivel emocional mantiene una relación ambivalente con su hija, identificándose Gilma con esta forma de relación, también ha buscado establecer con sus hijos una relación distinta, en el discurso evitando repetir las situaciones o acciones de su madre con ella, *“con todo lo que he vivido con mi madre, y mi experiencia como mamá me doy cuenta que he sido diferente de alguna manera, con mi hija mayor soy muy exigente pero desde pequeña la he consentido y le hago algunas recomendaciones sobre cómo ser mamá, esto lo hago porque pienso que es mi deber, he sido comprensiva, amorosa, y con Manuelito pues es mi mayor tesoro, pero sé que a los dos los tengo que amar, no haré lo mismo que mi mamá”.*

Sobre la relación de Gilma con su padre, ella destaca que pese al abandono de él cuando tenía siete años; lo recuerda con amor, *“mi padre era la persona más amorosa que me acuerdo, con nosotras las mujeres siempre nos vio como la luz de sus ojos, él siempre nos decía que pasara lo que pasara nosotras siempre teníamos que estar seguras que haríamos bien las cosas y que éramos muy inteligentes”.* Parece que con el padre lograron estructurar un vínculo estrecho que fue interferido por la presencia de un tercero, que llevó a que el amor de su padre se dividiera y que al final se decidiera por otro objeto de amor. Es así como el padre estuvo ausente en los momentos más importantes y trascendentales en la vida de Gilma, por ejemplo, el matrimonio, el nacimiento de su primera hija, la primera

separación, su segundo matrimonio, segundo hijo y nuevamente una separación, parece que ante estos hechos, Gilma siempre anhelaba la presencia de su padre: *“como me hubiera gustado que mi padre hubiera estado conmigo en los momentos lindos como mi matrimonio y el nacimiento de mis hijos, y en esos momentos tan difíciles de mi vida, porque de mi madre sólo escuché reproches por casarme y separarme y eso que a ella igual que a mi le tocó asumir a sus hijos, sólo porque mi padre se fue, es que como que a las dos nos pasó lo mismo, pero ella no se da cuenta de eso, por eso quisiera que mi padre hubiera estado y ojala estuviera conmigo”*.

Ante el abandono del padre sus hermanos y su madre tuvieron que reorganizar la dinámica familiar, Gilma y su hermana tiene que cuidar a sus hermanos, mientras la madre asume la función de proveedora para satisfacer todas las necesidades básicas de sus hijos.

4.3.3 Construyendo la función de madre con su hijo

Gilma comenta que sus embarazos nos fueron nada fáciles, aunque menciona que el más llevadero fue el de su hija la mayor, pese a que haya nacido antes de tiempo, todo salió bien incluyendo su recuperación; en el caso de su segundo hijo Manuel, el embarazo fue de alta complejidad. En el primer trimestre del embarazo, no se presentaron inconvenientes de salud ni con el padre de Manuel, quien hasta ese momento estaba emocionado por la espera y nacimiento de su hijo; en la culminación de su segundo trimestre las cosas con su esposo comenzaron a complicarse, él perdió su empleo y además de eso inició una relación con otra mujer, lo cual fue confirmado por la paciente. Sin embargo, Gilma continuó con su matrimonio, las discusiones aumentaron de forma progresiva, en el séptimo mes Gilma presentó quebrantos de salud, tuvo preclamsia situación que requería mayor atención y

cuidado; en el octavo mes a raíz de una discusión con el padre de Manuel, fue necesario llevar a Gilma al hospital, presentó hemorragia y comenzó a hincharse, la persona que la acompañó fue su madre, *“el papá de Manuel no me acompañó, eso peleamos y me dejó ahí cuando le dije que me sentía mal lo que me dijo fue que no hiciera show, que no usara el embarazo como excusa para que él se quedara”*. Le hacen cesárea porque el parto era de un alto riesgo, pero en ese momento todas las salas estaban ocupadas y Gilma tuvo que esperar un día más, situación que generó varias consecuencias en el niño. Cuando practicaron la cesárea Manuel tenía alrededor de su cuello el cordón umbilical, había presentado cianosis (coloración azul de la piel y de las mucosas se produce por oxígeno deficiente en la sangre), lo que llevó a que presentara sufrimiento fetal e hipoxia. Fue necesario que Manuel permaneciera un mes en UCI; cuando los médicos se reunieron con la madre y el padre, les explicaron lo que había sucedido y en ese momento le dijeron a Gilma, *“en el parto se presentaron varias dificultades, dentro de esas el niño nació con el cordón umbilical en su cuello lo que dificultó que pudiera respirar bien, y pues en el futuro las complicaciones serían varias, es posible que el niño no camine, no hable, tenga que usar pañal, que se retrase en el proceso de aprendizaje, la familia tendrá que cambiar en varias cosas, ya que él será dependiente en todo”*. Teniendo en cuenta esta situación y el manejo que se le dio desde la clínica, el padre tomó la decisión de abandonarlos, *“creo que esta situación es demasiado complicada para mí como hombre, es mi primer hijo y la verdad es que esto es algo que me toma por sorpresa y nunca me imaginé que una cosa así podría pasarme, no puedo llevar una vida sujeta a esto”*. Y es a partir de este momento en que Gilma asume la maternidad de Manuel sola, y como ya se había mencionado, serían dos los hijos que estuvieran bajo su cuidado y sostenimiento. La madre de Gilma le

recriminó y la culpabilizó de su decisión, *“ya con una era suficiente y ahora toca otra boca para comer y sobre todo que requiere más atención que todos nosotros”*.

Toda esta situación es la que enmarcó la relación vincular que se estableció con su hijo Manuel. Desde ese momento la madre de Gilma asumió en gran medida el cuidado de la hija mayor, mientras que Gilma se dedicó y se dedica completamente a su hijo, por ejemplo en una sesión señaló: *“sé que mi concentración debe estar en un 200% con Manuel, él es lo que más importa y de verdad en lo que debo invertirle más tiempo, además para mí la discapacidad de él es de cuidado, y bueno es que también lo veo como un ser especial que ha llegado a mí para mostrarme algo de mí vida”*. Con esta idea, pareciera que la relación entre madre e hijo estuviera enmarcada por una relación de dependencia en la que la madre y el hijo son uno sólo, como unidad, sin diferenciación el uno del otro. Adicional a esto, Gilma en algunas de las sesiones, destaca que: *“para mí no es fácil de verdad venir hasta aquí y darme cuenta que las cosas con mi hijo no son fáciles, y bueno que no las hago tan fáciles porque sé que muchas veces no soy yo la que colabora con las cosas”*.

Gilma destaca que Manuel es la luz de sus ojos, y por la discapacidad no puede exigirle, él no comprende lo que sucede a su alrededor, pero al mismo tiempo destaca que es importante que él aprenda nuevos hábitos y costumbres de independencia, como una manera de adquirir mayores habilidades para desenvolverse por sí solo en el mundo que lo rodea. La madre en la relación con su hijo es ambivalente quiere estar con su hijo y vive bajo un vínculo de dependencia y angustia de separación: *“no se imagina como me siento cuando Manuel se queda en la institución, siento que estoy vacía y además es que él me hace mucha, mucha falta, es que sin él como que no me puedo imaginar, es terrible*

[...] Pues lo que quiero es como que logre independizarse de mí, como que aprenda otras cosas, porque lo que yo espero es que un día no muy lejano, mi nene esté conmigo”.

Gilma ve a su hijo como lo más hermoso, lo ve como la persona que siempre está con él y con la que puede compartir todas las alegrías y tristezas, Manuel es para Gilma un compañero que le muestra fidelidad y que depende de ella, es como si le diera sentido a su vida,

“vea por eso es que siempre le he dicho que él que salía conmigo a todas partes era mi Manuelito, más lindo eso siempre estuvo conmigo, y así no quisiera siempre estaba ahí, más lindo [...] Manuel es mi o bueno era mi única compañía a donde yo voy él va, bueno no ahorita, pero siempre ha sido así, y usted no sabe cómo quiero yo que vuelva a ser así, eso es lo que espero con este programa, para ver si puedo estar con mi hijo [...] Yo necesito estar con mi hijo, con mi nene, porque él lo es todo para mí, yo ya no sé vivir sin él, lo que necesito es que de verdad esté conmigo y lo que él necesita es que yo esté con él”.

Parece que Gilma ha considerado que Manuel la necesita de tal manera que no hay otra persona que pueda cumplir su rol y función como madre, así las demás personas cuestionen o critiquen la manera como desempeña su función como madre y más aún cuando parece que ella misma no permite establecer una separación con el joven pese a los 27 años que él tiene, “a mi muchos me critica, por ejemplo yo sé que aquí al igual que en mi casa, piensan algunos que por culpa mía es que Manuel no progresa, por ejemplo el otro día una de las profesionales me dijo que era lo que tenía que hacer con él porque o si no por culpa mía él

ni siquiera iba a saber cómo afrontar la vida, eso no es nada fácil, yo trato de desprenderme pero no puedo y otros vienen y me critican”.

Gilma trató de iniciar y establecer una relación afectiva con un señor, quien le manifestó el interés por formar una familia con Manuel y su hija, al principio de esta relación Gilma manifestó: *“estoy muy nerviosa, pero muy feliz porque parece que he encontrado una persona que está interesada en estar conmigo a pesar de mis dificultades, y sobre todo por el hecho de tener un hijo con las capacidades especiales como Manuel, eso es lo que más me tiene contenta, porque eso ni el papá de mi nene”*, cuando la relación se formalizó con la familia y cuando su nueva pareja comenzó a recomendarle que era importante establecer con Manuel un sistema de normas y proporcionarle la posibilidad de potencializar sus habilidades y adquirir mayor independencia, ella comenzó a distanciarse hasta el punto en que terminó su relación, *“es que yo si decía que esas cosas tan buenas no podían ser buenas, y como es que me va a decir a mí, a mí que soy la mamá que es lo que tengo que hacer, es que yo le doy la confianza y ahora va a criticar, eso sí que no, es mejor que no venga aquí a criticar ni a molestar, por eso mejor sola, sola con mi hijo, para él es que trabajo no necesito de nadie más ni del papá que por ahí ha estado rondando visitando al niño”*. La mente de Gilma quedó inundada con la presencia de su hijo, no hay lugar para una nueva relación. La hermana de Manuel no tiene una relación estrecha con él, ella decidió marcharse de su casa debido a algunas dificultades que tuvo con Gilma, *“mi hija cada nada me decía que yo siempre prefería a Manuel, me decía que Manuel para aquí y Manuel para allá, entonces debido a esto es que ella decidió irse de la casa, tan joven”*.

Luego de unos meses, la madre decidió retirar a Manuel del centro de protección, pero antes criticó, cuestionó y justificó cada una de sus acciones, esto bajo la idea de: *“yo les*

quiero agradecer por este tiempo de paciencia, sé que para ustedes no es nada fácil conmigo ni con mi hijo sobre todo cuando él llora tanto porque lo traigo, pero es que de verdad ustedes no saben lo difícil, nosotros estamos acostumbrados a estar juntos y sabemos cómo somos, por eso es que con dolor me llevó a mi hijo para que esté en su casa, con su mamá que es la única que lo conoce y se lo aguanta porque aquí no se pudo”.

En el trabajo terapéutico adelantado con Gilma, se logró identificar que este vínculo madre-hijo está enmarcado por la dependencia; para ella, sinónimo de amor es velar por todas las necesidades de su hijo, sin que él tenga la más mínima incomodidad, que pueda adivinar” los deseos de él, un control omnipotente. En la medida que Manuel logre ser más autónomo e independiente en sus actividades de la vida diaria, ella siente que lo perdió, que ya no la necesita, por lo tanto ya no la quiere, *“me da mucho miedo que mi hijo me deje de querer, pienso que entre más esté en la institución y sobre todo entre más esté independiente él no me va a necesitar más, y pienso a veces que lo puedo perder, y es que como no sé bien con quien está, que está haciendo”.* El vínculo afectivo entre Gilma y Manuel es fusionado y no se diferencian, ninguno existe sin que el otro no esté.

4.3.4 Función del terapeuta

Gilma logra vincularse con la terapeuta, como una figura que lo pueda cuidar y proteger en su ausencia, le dé información, y a través de ella espera que continúe el control sobre la vida de su hijo. Transfiere en la terapeuta esa función que no puede ella realizar en la institución, *“ay doctora la verdad es que pienso que usted puede echarle un ojo a Manuelito, en mi ausencia yo creo que usted lo puede cuidar, y sé que lo hará bien”.* En otros momentos de la relación, la paciente transfiere a la terapeuta, la reacciones

recriminadoras de la mamá de Gilma, *“me da cosa que usted se vaya a molestar y me vaya a regañar porque llegue tarde otra vez a la sesión, entonces sé que no puede volver a pasar me da susto que de pronto me diga que no lo puedo ver o que me diga que tengo que ser firme, eso también me recordaría mucho a mi mamá, porque a veces no le cumplo y a mí me gusta cumplir con todas las cosas”*. Gilma busca la aprobación de las personas del entorno en relación a sus comportamientos o por momentos oculta los comportamientos que considera van a ser evaluados como negativos, con el fin de no tener conflicto.

Durante el proceso, fueron muchas las sesiones que ella: llegaba tarde, cuando se indagaba por los motivos, planteaba disculpas externas (tráfico, estaba atrasada en el trabajo); en las que llegaba puntual, solicitaba que se terminará antes de tiempo la sesión para salir a hacer vueltas de su madre. Gilma bombardeaba el encuadre como una forma de resistirse a conectarse con su realidad y relación con su hijo. En la contratransferencia, la terapeuta sentía que ella buscaba tener un control sobre sus intervenciones y sus pensamientos; ella rechazaba cualquier comentario y confrontación, su comportamiento no verbal cambiaba, se distanciaba y sus respuestas eran monosilábicas.

La labor de evaluar y resignificar la relación de Gilma con su hijo, fue casi imposible, se mostró defensiva, no dispuesta a revisar cómo ella ha vivido, las consecuencias en sus otras relaciones (pareja e hija), establecer una relación diferente con su hijo, que le permitiera explorar y brindar oportunidades diferentes a Manuel para potenciar su autonomía.

En cuanto a la relación entre la paciente y la terapeuta fluctúan durante el proceso, en ocasiones esta relación presenta un desencuentro, pues la terapeuta en algunas sesiones no es capaz de contener los diferentes elementos emocionales proyectados por parte de la

madre, quien algunas veces hace reclamos para ganar mayor atención, depositar todos sus contenidos y obtener alimento, por ejemplo *“es que es tan difícil yo lo que le pido es poder siempre contar con usted, independientemente si llegó tarde o no, no quiero escuchar ningún reproche, usted me ha dicho que este espacio es mío pero pues necesito es que me diga qué puedo hacer, siento que le pido pero no me da, eso me hace pensar en mi mamá cuando le decía algo que quería y no obtenía una respuesta rápida”*. En ese momento la paciente no entiende qué es lo que le sucede a la terapeuta y además parece que Gilma revive son la terapeuta eventos sucedidos durante la relación temprana con la madre, la transferencia de la paciente hacia la terapeuta parece que está relacionada con la falta de atención por parte de su madre por estar dedicada al trabajo y transfiere a la terapeuta sentimientos de odio y resentimiento porque su madre no le proporcionó el alimento necesario para que ella no viviera un estado de angustia, sino que más bien lo que recibía de su madre eran críticas y cuestionamientos.

Además debido a estas situaciones es que dentro de la relación también se vive un choque cuando la terapeuta en una de las sesiones no logra conectarse con la paciente y al sentir que ésta se ha dado cuenta, siente angustia, y desespero, lo que hace que la paciente experimente también desespero, con esto pareciera que las dos partes se fragmentan *“doctora es que veo que le hablo y todo y parece que usted no me escucha o parece que soy yo la que no le entiende, esta vez es como más difícil, si es porque llegue tarde otra vez no debería ser así”*.

5 DISCUSIÓN

La intervención psicoterapeuta, el contacto íntimo y cercano con la vivencia emocional y narrativa de las historias de vida de estas tres mujeres, cabeza de familia, que han tenido que enfrentar desde el nacimiento la discapacidad intelectual severa o aguda de sus hijos. Permitió aclarar no sólo las dificultades de sus procesos, además de las que se dan con sus hijos, también hacer una comprensión amplia de la discapacidad como un campo problema, que está atravesado por muchas dimensiones que se van relacionando: las económicas, las socio-culturales, las físicas, las psíquicas y las políticas, entre otras.

Específicamente el interés de este trabajo estuvo centrado en el vínculo madre-hijo, sin embargo fue muy difícil omitir factores externos que incidieron e inciden en la conformación y devenir de esta diada. Los factores más sobresalientes que favorecerán u obstaculizaran la conformación de este vínculo particular fueron: las experiencias tempranas de la madre, las características de la discapacidad del hijo y la presencia tolerada de terceros que la apoyaban. Así como las precarias condiciones económicas en las que vivían.

5.1 Características de la discapacidad

Las características de una discapacidad intelectual desde el nacimiento, limitan las interacciones y las respuestas de los integrantes de la diada madre - hijo. En el caso específico de una discapacidad intelectual severa o profunda está aún más limitada la interacción y se podría decir, que bloquea la posibilidad de la interacción; la madre tiene que hacer un gran esfuerzo por tratar de comprender las necesidades del bebe, pues éste no cuenta con los recursos para ser parte activa en esta estructuración vincular y de sobrevivencia. La madre esta tensionada, se siente incapaz, sin recursos para poder dar

respuesta a un hijo, que no demanda, pero que depende de ella completamente para vivir. La incertidumbre, la confusión e incapacidad y desorganización inundan la mente de la madre. La relación entonces está enmarcada por procesos de desencuentro: los contenidos erráticos del bebe no encuentra un continente, la madre no logra entrar en contacto con los contenidos molestos del bebe, por desconocimiento, temor o incapacidad. También de choque, donde no se da una relación, esta se rompe y son otros los que tienen que asumir las funciones de contención. De vacío, donde la madre abandono, la función materna, ninguno de los dos logra despertar el interés en el otro. Otra forma de relación, la fusión, la madre se adhiere y absorbe al hijo, siendo los dos un solo ser. En algunos momentos las madres han hecho un gran esfuerzo por comprender las señales emitidas por sus hijos, tratan de dar respuestas, pero cuando ellas las emiten no hay un receptor que devuelva alguna señal, o las señales que devuelve demandan nuevamente de un gran esfuerzo por parte de la madre para ser comprendidas; hay una alteración en la reciprocidad, ocasionado por un daño orgánico del bebe, él no logra aprender de la experiencia como lo plantea Bion (1980), el bebé se sitúa en la omnipotencia y la madre es la que se debe modificar, es decir, la que siempre se ajusta a sus respuestas.

5.2 Experiencias tempranas de la madre

¿Qué hechos o características pueden favorecer las cualidades de la madre para que puedan tolerar y procesar el encuentro con la complejidad de la discapacidad de su hijo? La capacidad de maternaje y contención de elementos erráticos y desconocidos, estuvo determinado en el caso de estas tres mujeres, por las experiencias que tuvieron de maternaje y contención de sus propias madres. Como lo plantea Langer (1964) toda mujer durante el embarazo y el parto repite la relación primaria con su propia madre. En estas tres

mujeres, la relación con su madre fue distante, no fueron deseadas, tuvieron que asumir toda la responsabilidad del hogar y la crianza de sus hijos, por el abandono de los padres, concentrando toda su energía en la sobrevivencia familiar. Se alteraron las funciones de los integrantes de la familia. En una de las pacientes, asumió el rol de padre-proveedor abandonando la casa para desplazarse a la ciudad, otra abandona y pierde contacto con su familia desde su adolescencia, en otra la figura permanece en el hogar, siendo un hijo más al que la madre cuida y protege. Sus madres no fueron un continente capaz de recibir los procesos propios de su desarrollo, fue un continente distante y poco permeable a sus demandas.

5.3 La presencia de terceros en la relación

En la conformación del vínculo, el tercero en la relación cumple funciones de ayuda, sostén emocional para la madre, así como un sostén para los hijos. En ocasiones, estos terceros, generan un puente entre las madres y sus hijos, especialmente para disminuir la tensión entre las partes, para favorecer la cercanía, conocimiento, comprensión, encuentro. Otras veces, las madres les delegan, como un yo auxiliar, algunas funciones de cuidado que se sienten incapaz de asumir, o les asignan el cuidado completo de sus hijos. Los terceros en la relación pueden ser: los padres, las organizaciones prestadoras de servicios, los profesionales, los familiares, los amigos.

También estos terceros en la relación, pueden ser un obstáculo porque en vez de promover la confianza en la funciones maternas, lo que generan es más desconfianza o

inseguridad, producto de críticas, enjuiciamientos o con la sustitución completa de la madre en las funciones maternas, dejándola de lado.

5.4 Particularidades del vínculo

En estas tres mujeres la disposición mental ante la llegada del hijo o hija no era la mejor, en dos de las pacientes sus hijos no eran esperados, ni deseados; sólo en uno de los casos se anhelaba la llegada del bebé. Durante el embarazo los tres casos, siguiendo lo planteado por Langer, 1964, tuvieron las fantasías de que su hijo o hija podría nacer mal o con alguna discapacidad. Las vivencias persecutorias se aumentaron ante hechos reales como la falta de controles médicos, precariedad económica, hábitos inadecuados, vivencias afectivas desgastantes. En el inicio del embarazo estuvieron acompañadas de forma intermitente por sus respectivas parejas, con las que no había una relación estrecha ni estable, pero unos meses antes de dar a luz y el padre las abandona, situación que llevó a que cada una de las pacientes tuviera que asumir no sólo la responsabilidad económica, sino todos los cuidados del bebé y los contratiempos del embarazo, situación que las desbordó emocionalmente, y aún más en aquellas que tenían que asumir el cuidado de otros hijos. Ninguna de ellas contó como lo plantea Stern (1958) con una matriz de apoyo, que las sostuviera y permitiera la reorganización y reelaboración mental de identidad necesaria en la maternidad, así como el sostén económico para cumplir la función.

La figura del padre, que según Winnicott (1951) brinda el cuidado y la protección que la madre necesita para poder cubrir las necesidades que el bebé demanda, no existió en estas mujeres. Figura fundamental en este proceso particular, por la condición del hijo que le demanda a la madre un sobreesfuerzo emocional; la presencia de una pareja, como un

doliente de las mismas condiciones de parentalidad y como un continente, que le ayude a digerir y metabolizar, los dolores y frustraciones y también como objeto que la sostenga, cuide y proteja sin importantes. Otro aspecto que obstaculiza o favorece el vínculo madre-hijo, son las cualidades del vínculo con la pareja, en dos de ellas el vínculo de desamor e inseguridad, generaron en ellas un rechazo frente al embarazo.

En el momento del parto y ante las serias complicaciones de salud de sus hijos, así como los desconocidos comportamientos, fragmentaron su mente, las cuales fueron inundadas por desasosiego, incertidumbre, incapacidad, extrañeza y desconocimiento. Las organizaciones prestadoras de servicios y los profesionales, como terceros en la relación, por momentos asumieron una función facilitadora proporcionando información respecto a la discapacidad de sus hijos, las orientaron y acompañaron durante el período de comprensión sobre los cuidados, sobre el proceso de desarrollo y dieron un sentido y un norte a las madres, permitiendo dar unidad a los elementos extraños vividos en este primer encuentro. La presencia de sus familiares y amigos, que muchas veces asumieron transitoriamente o en otros casos de manera permanente funciones de sostén y cuidado para ellas y para su bebe, también fueron claves en este primer momento.

Esto puede relacionarse con lo que menciona Plut (2010) cuando señala que las familias piensan que las instituciones pueden asumir la función de contener y transformar los elementos de los niños con discapacidad y representa un espacio en el que la persona con discapacidad existe. En otros momentos, estos terceros en la relación, se aliaron con los elementos persecutorios de la madre, la regañaban, la enjuiciaban, señalando y recalando con palabras y acciones la incapacidad para asumir esta dolorosa realidad, sin comprender la fractura emocional que las madres estaban viviendo.

Posiblemente las experiencias de desencuentro con el hijo, la apremiante situación económica y de sobrevivencia frente a las necesidades básicas, el sentimiento de incapacidad para sortear la intimidad emocional con su hijo, el desborde y paralización por parte de ellas de las identificaciones proyectivas masivas del hijo, el no poder dar o recibir nada bueno, llevaron a que ellas se encargaran del sostén operativo o de mantenimiento de sus hijos, sintiendo que en esta función podían ser más eficientes y capaces. Se dedicaron a un sostén operativo que estaría en relación con el Handling propuesto por Winnicott (1980), ya que las madres de estos tres hijos se han dedicado en mayor medida a atender, manipular y cuidar de forma corporal a sus hijos. Así como de proveer las necesidades básicas. Cabe la pregunta: ¿esta sería la única forma de vinculación con hijos en condiciones de desarrollo tan complejas, en las que la construcción de una diada recíproca es casi imposible?

La estructuración del vínculo, está también mediada por la belleza, el hijo o hija al no ser lo suficientemente hermoso, generó el desencuentro y la no vinculación. Meltzer citado por Schorn (1999) menciona que cuando el hijo no es suficientemente hermoso pareciera como si la madre no lo reconociera, incluso en la fantasía de la madre puede creer que se lo han cambiado. Se podría adicionar, la expectativa de unos comportamientos ajustados a las demandas del entorno, cuando lo que se presenta son comportamientos bizarros, agresivos y destructivos lo que genera en las madres desconcierto, temor y distancia.

Las condiciones de salud, es otro factor que interfirió en la conformación del vínculo. Las continuas hospitalizaciones impidieron en los primeros años la continuidad en el vínculo. Para las tres madres, el tener que presenciar las convulsiones de sus bebés, generó

en ellas temor, inseguridad e impotencia; la sombra de muerte las desbordó, delegando transitoriamente en otros el cuidado de sus hijos.

En las tres diadas predominó el sentimiento de culpa, por no ser capaces de asumir la crianza con todas las características particulares de sus hijos, por el rechazo que les generó por su fuerza y por los comportamientos y sobrecarga de responsabilidades. Así como, tener que tomar la decisión de institucionalizar al hijo, enfrentando el imaginario social de la madre incondicional, confiable y sacrificada les fue muy difícil y generador de culpa.

Por último llamó la atención que en la narrativa de las tres pacientes, mencionan los temores que tuvieron sus madres en el momento del parto y en sus primeros años, que ellas tuvieran alguna falla o discapacidad. Ante la llegada de sus hijos con una discapacidad, es como si se reactivaran procesos de identificación con los aspectos dañados de sí mismas y de sus hijos, aumentando sus sentimientos de incapacidad y falla para asumir la maternidad de sus hijos.

5.5 La función terapéutica, un tercero en la relación

La organización proveedora de apoyos, ha proporcionado espacios para el encuentro con las madres, con objetivos diferentes a la contención emocional. Posiblemente la función de esta institución ha estado en brindar información, atención, cuidado y protección, que requieren los hijos aliviando en las madres cargas económicas, cuidados especiales de salud, información sobre políticas, orientación sobre cuidados, entre otros.

La función terapéutica, como otro tercero en la relación, fue importante para ayudar a diferenciar y comprender que el vínculo con sus hijos e incluso los desencuentros con ellos, no estaban enmarcados únicamente por fallas que provinieran de ellas sino que tenían

también relación con las fallas presentadas en sus hijos (complejidad de la discapacidad, factor de dependencia física, problemas severos de comportamiento). También permitió que identificaran en ellas capacidades de acercamiento, comprensión, de atención, manipulación y cuidado corporalmente de sus hijos como una forma de vinculación, hizo posible promover espacios lúdicos de contacto madre-hijo, diferentes al de cuidado y protección. Favoreció la diferenciación madre e hijo, con las particularidades de cada uno. Prestó y construyó un espacio de contención y metabolización exclusiva para ellas, libre de prejuicios y críticas.

Fue necesaria la estructuración de un setting que como mencionaría Muñoz (2014) citando a Meltzer (1975) permitiera una atmósfera estimulante y nutricia, lo que podría equipararse con un espacio de contención. En el que se estimula a la madre para que se pueda contactar con sus vivencias y sentimientos relacionados con su hijo. Así como nutrirla de nuevas comprensiones, experiencias, significados en relación con ella misma y con sus hijos. También se promovió el encuentro con sus hijos desde una lógica diferente, a la del cuidado o sostén operativo, como sería lo lúdico, favoreciendo una conexión emocional diferente entre ambos, reconociendo nuevas cualidades y características de sus hijos y de ellas como madres; lo que permitió que validaran su función como madres, reconociendo sus limitaciones y las de sus hijos. El espacio terapéutico para ellas fue considerado como “suyo”, lejos de toda crítica incluso aquella proveniente de la propia organización proveedora de apoyos.

Se rescata que la función de la terapeuta debe ser en lo posible receptiva, como lo plantea Muñoz (2014), acercarse al material de las pacientes de manera amplia, sin prejuicios, dejándose impregnar por el estado emocional de la paciente y propio.

Recibiendo y tolerando la desorganización, el desamparo e impotencia de las madres, así como aceptando y tolerando las transferencias de las pacientes, que eran en la mayoría de las veces punitivas, incapaces, confusas, devaluadas; pues muy pocas veces fueron amorosas, incondicionales, confiables. La contratransferencia a su vez estaba relacionada con los sentimientos y sensaciones que circulaban en las sesiones. Fue muy importante el interés y la capacidad de observación de la terapeuta para comprender las características del vínculo y las cualidades particulares de la madre y del hijo, con el fin de ayudar a la madre a tener una comprensión y significado diferente de la relación con su hijo y de sus funciones para con él.

Este es un vínculo muy complejo, en el que la madre requiere de la mediación, el acompañamiento y sostén de los terceros en la relación, para poder sobrevivir sin tanta culpa y remordimiento y lograr un estado de tranquilidad frente a sus propios desempeños vitales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía Mayor de Bogotá Distrito Capital. (2007). Decreto No. 470 del 12 de Octubre de 2007. *Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital*. Recuperado de: http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.1_proc_misi_construccion_implementacion_politicas_sociales/3%20DOC%20ASOCIADO_Politica%20P%C3%BAblica%20Discapacidad.pdf
- Asociación Americana sobre Retraso Mental (2002). Retraso mental: *Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyos*. Estados Unidos.

Asociación Americana de Psiquiatría (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV. Washington, American Psychiatric Publishing.

----- (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, American Psychiatric Publishing.

Caporale, S. (2004). *Discursos teóricos entorno a la(s) maternidad(es): una visión integradora*. Entinema: Madrid, España. Libro disponible en: https://books.google.com.co/books?id=PkhvU6y6wC&pg=PA155&lpg=PA155&dq=fantasias+inconscientes+madres&source=bl&ots=Gcxzbuy6I6&sig=2hKP5tEpFmIqiUPY4MtZyfvg3bU&hl=es&sa=X&ved=0CFIQ6AEwCmoVChMI47vB34_9xwIVRI4NCh3U0gb8#v=onepage&q=fantasias%20inconscientes%20madres&f=false. Consultado el 10 de Septiembre de 2015.

Chairo, L. (2000). “*Parirse*” *Madre*. Disponible en: <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num7/sociedad-chairo-maternidad-construccion-de-subjetividad-historico-social.php>. Consultado el 12 de Septiembre de 2015.

Berenstein, I. (2006). *Pensando lo vincular. Vincularse, no vincularse, desvincularse*. Buenos Aires: Paidós

Bion, W. (1979). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós: Buenos Aires.

----- (1966). *Elementos del psicoanálisis*. Home: Buenos Aires.

Bick, E. (1987). The experience of the skin in early object relations. In M. Harris (Ed.), *The Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick*. Perthshire: Clunie Pre.

Buzz, A (2014). *Apego y Discapacidad*. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4397/1/Ana%20Gabriela%20Buzz%20TFG.2014.pdf>. Consultado el 23 de Octubre de 2015.

Cantis J. (1993). *El discapacitado y su familia: Aportes teóricos y clínicos*. Publicado en Actualidad Psicológica N° 199. http://www.athelas.pe/apppna/wp-content/uploads/2015/05/Cantis_1993_ActPsi-199.pdf. Consultada el 10 de Octubre de 2015.

----- (2013). *Función Paterna y clínica de la discapacidad: reflexiones psicoanalíticas*. Disponible en: <http://intercambiopsicoanalitico.com/2/articulos/funcion-paterna-y-clinica-de-la-discapacidad-reflexiones-psicoanaliticas/>. Consultado el 23 de Octubre de 2015.

DSM – IV (1995). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona.

E., Bick. PhD. Notes on Infant Observation in Psychoanalytic Training

Bowlby J. (1958). *Apego y Pérdida*. Paidós: Buenos Aires

----- (1981). *Cuidado Maternal Y Amor*. Fondo De Cultura Económica: México

----- (1989). *Una Base Segura*. Paidós: Buenos Aires

----- (1997). *El vínculo que une al niño con su madre: Reseña de la literatura psicoanalítica*. En vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1938). El esquema del psicoanálisis.

Güotto, M. (2013). *Familias y Discapacidades: trabajo terapéutico con familias con hijos con síndrome de Down*. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2220-90262013000100012&script=sci_arttext#2a. Consultado el 10 de Octubre de 2015.

Harris, M (1969). *Algunas notas sobre la contención materna de la maternidad suficientemente buena*.

Klein, M. (1959). Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia. En Obras Completas, vol. 3, 2008, Buenos aires; Paidós.

Langer, M. (1951). *Maternidad y sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático*. Paidós: Buenos Aires.

León, Sebastián (2006). *Adopción y psicoanálisis*. En Fort – Da Revista de psicoanálisis con niños. Disponible en: <http://www.fort-da.org/fort-da9/leon.htm>. Consultada el 23 de Septiembre de 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social MinSalud. (2012). Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD. Recuperado de [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20\(oct%202012\).pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20(oct%202012).pdf)

Muñoz C & Navarrete (2008). *Una Mirada a las capacidades maternas y el desarrollo de la mente*. Notas textuales Tesis sobre: El abandono Tardío afecta el desarrollo Psíquico.

----- (2011). *Reflexiones Psicoanalíticas*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.

----- (2014). *Clínica Psicoanalítica: doce estudios de caso y algunas notas de técnica*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.

Núñez B. (2003). *La familia con un hijo con discapacidad: Sus conflictos vinculares*.

Disponible en: http://www3.sap. Org.ar/staticfiles/archivos/2003/arch03_2/133.txt

OPS (2009). *Salud de las personas con discapacidad*. Disponible en:

http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=82&Itemid=25

Organización Mundial de la Salud. (1952). Manual de la Clasificación Estadística

Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. *Sexta Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción*. Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70941/3/ICD_10_1952_v2_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1958). Comité de Expertos en Rehabilitación Médica.

Primer Informe. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_158_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de

la Discapacidad y de la Salud. Recuperado de

<http://conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Clasificacion-CIF.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2006). La Discapacidad en América Latina.

Discapacidad: lo que todos debemos saber. Recuperado de

<http://www.paho.org/spanish/dd/pub/discapacidad-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Discapacidad y salud. *Nota descriptiva No. 352 de*

Septiembre del 2013. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Padilla, F. (2000). *Discapacidad y Psicoanálisis. El nacimiento de un sujeto*. Disponible en: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2098>. Consultado el 15 de Octubre de 2015.

Pérez – Crim E. (1995). *Desarrollo de la relación madre e hijo. En Fundación Catalana de Síndrome de Down. La relación con el otro en la construcción de la identidad. Barcelona*

Plut S. (2010). *La promesa incumplida: la discapacidad y el análisis institucional. 9ª Jornada El desvalimiento en la clínica (IAEPCIS – UCES)*. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1711/Plut_2010_Jornada.pdf?sequence=1. Consultado el 10 de Octubre de 2015.

Presidencia de la República de Colombia. (2013). Ley Estatutaria No. 1618 del 27 de Febrero del 2013. *Definiciones*. Recuperado de: <http://wsp.residencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>

República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. (2013). Documento Conpes Social 166. *Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social*. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/166.pdf>

Rodríguez, S. (2002). *Revisión de los estudios sobre situación de discapacidad en Colombia 1994 – 2001*. Disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=35>. Consultado el 5 de Diciembre de 2015.

Schor, M (1995). *Discapacidad: una Mirada distinta, una escucha diferente*. Lugar Editorial: Buenos Aires.

Secretaria Distrital de Salud. (2012). Actualización de la Caracterización Sociodemográfica de la Población con Discapacidad en Bogotá; 2005- Primer Semestre de 2012 (preliminar). *Área de Vigilancia en Salud Pública, Dirección de Salud Pública*. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Biblioteca%20Discapacidad/final.pdf>

Soifer R (1971). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Ediciones Kargieman: Buenos Aires.

Stang, M.F (2011). *CEPAL – Serie población y desarrollo No. 103. La situación de las personas con discapacidad en América Latina*. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/43186/P43186.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>. Consultado el 5 de Diciembre de 2015.

Stern, D. (1994). *La constelación Maternal*. Barcelona: Paidós

Stitzman, L. (2004). *Alfa – Beto – Biónico*. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/alfa-beto-bi%C3%B3nico>. Consultado el 15 de Octubre de 2015.

Tabak, E. (1997). *De los objetos a los vínculos: Descubriendo la racionalidad*. En: Bion Conocido /Desconocido. Buenos Aires: Lugar Editorial

Verdugo, M. (2003). Aportaciones a la definición de Retraso Mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad. *Universidad de Salamanca*.

Winnicott D (1946). *Algunos Aspectos Psicológicos De La Delincuencia Juvenil En El Niño Y En El Mundo Externo*. Paidós: Buenos Aires

----- (1951). *Las Necesidades Del Niño Y El Papel De La Madre En Las Primeras Etapas.*

En El Niño Y El Mundo Externo. Paidós: Buenos Aires.

----- (1993). *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador. Estudios de una teoría del desarrollo emocional.* Paidós: Buenos Aires

----- (1998). *Los Bebés Y Sus Madres.* Paidós: Buenos Aires.

ANEXO 2

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES (Licencia de uso)

Bogotá, D.C., 29 de Febrero de 2016

Señores
Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J.
Pontificia Universidad Javeriana
Cuidad

Los suscritos:

Diana Carolina Sánchez Camacho	, con C.C. No	1.015.995.902
	, con C.C. No	
	, con C.C. No	

En mí (nuestra) calidad de autor (es) exclusivo (s) de la obra titulada:

Vínculo Madre-Hijo en Situación de Discapacidad Intelectual Severa o Profunda. La Función del Tercero en la Relación.

(por favor señale con una "x" las opciones que apliquen)

Tests doctoral ☐ Trabajo de grado ☒ Premio o distinción: Sí ☐ No ☐

cual: presentado y aprobado en el año 2016, por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Pontificia Universidad Javeriana para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autorizan a la Pontificia Universidad Javeriana, a los usuarios de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J., así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado un convenio, son:

AUTORIZO (AUTORIZAMOS)	SI	NO
1. La conservación de los ejemplares necesarios en la sala de tesis y trabajos de grado de la Biblioteca.	X	
2. La consulta física (sólo en las instalaciones de la Biblioteca)	X	
3. La consulta electrónica - on line (a través del catálogo Biblos y el Repositorio Institucional)	X	
4. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer	X	
5. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet	X	
6. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previo convenio perfeccionado con la Pontificia Universidad Javeriana para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de

acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

De manera complementaria, garantizo (garantizamos) en mi (nuestra) calidad de estudiante (s) y por ende autor (es) exclusivo (s), que la Tesis o Trabajo de Grado en cuestión, es producto de mi (nuestra) plena autoría, de mi (nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy (somos) el (los) único (s) titular (es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Pontificia Universidad Javeriana por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Pontificia Universidad Javeriana está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: Información Confidencial:

Esta Tesis o Trabajo de Grado contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de una investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. Si ☐ No ☒

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta, tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

NOMBRE COMPLETO	No. del documento de identidad	FIRMA
Diana Carolina Sánchez Camacho	1.015.995.902	

FACULTAD: Psicología

PROGRAMA ACADÉMICO: Maestría de Profundización en Psicología Clínica

ANEXO 3
BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.
DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO
FORMULARIO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO						
Vínculo Madre-Hijo en Situación de Discapacidad Intelectual Severa o Profunda. La Función del Tercero en la Relación						
SUBTÍTULO, SI LO TIENE						
AUTOR O AUTORES						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
Sánchez Camacho			Diana Carolina			
DIRECTOR (ES) TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
Afanador Rueda			Sylvia			
FACULTAD						
PSICOLOGÍA						
PROGRAMA ACADÉMICO						
Tipo de programa (seleccíone con "x")						
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado			
		X				
Nombre del programa académico						
Maestría de Profundización en Psicología Clínica						
Nombres y apellidos del director del programa académico						
Johanna Burbano Valente						
TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:						
Magister en Psicología Clínica						
PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):						
CIUDAD		AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO			NÚMERO DE PÁGINAS	
Bogotá		2016			130	
TIPO DE ILUSTRACIONES (seleccíone con "x")						
Dibujos	Pinturas	Tablas, gráficos y diagramas	Planos	Mapas	Fotografías	Partituras
SOFTWARE REQUERIDO O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO						
Nota: En caso de que el software (programa especializado requerido) no se encuentre licenciado por la Universidad a través de la Biblioteca (previa consulta al estudiante), el texto de la Tesis o Trabajo de Grado quedará solamente en formato PDF.						
FORMATO PDF						

MATERIAL ACOMPAÑANTE					
TIPO	DURACIÓN (minutos)	CANTIDAD	FORMATO		
			CD	DVD	Otro ¿Cuál?
Video					
Audio					
Multimedia					
Producción electrónica					
Otro ¿Cuál?					
DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo biblioteca@javeriana.edu.co , donde se les orientará).					
ESPAÑOL			INGLÉS		
Vínculo madre e hijo con discapacidad			Links between mothers and disabled sons		
Discapacidad severa o Profunda			Severe or deepness disabilities		
Función terapéutica.			Therapeutic function.		
RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS (Máximo 250 palabras - 1530 caracteres)					
La presente investigación de carácter cualitativo-descriptivo, se realizó como una investigación-intervención. Desde un enfoque psicoanalítico, a partir de tres casos clínicos con madres que tiene hijos con discapacidad severa o profunda, que reciben atención integral o están institucionalizados en una organización proveedora de apoyos, del distrito. Se realizó la indagación sobre los factores que obstaculizaron o facilitaron la construcción del vínculo una madre-hijo con discapacidad, teniendo en cuenta dimensiones como las características de las relaciones tempranas de las madres, la severidad de la discapacidad de los hijos, las particularidades del vínculo y los terceros en la relación. También se explora la función que pueden cumplir las organizaciones proveedoras de apoyo y los profesionales en la conformación de la díada madre e hijo. El presente trabajo se encuentra enmarcado dentro de la línea de investigación en Desarrollo Psíquico de la Maestría en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. This research is a qualitative - descriptive character, This was performed as a research - inquire from a psychoanalysis focus since the analysis of three clinical cases of mothers who has children with severe o deepness disabilities, those children gets integral care or are getting in someway aid from city government through supporting agencies. Inquiring about factors that blocked or helped the making of links between mother and disabled sons, thinking about the dimensions as the characteristics of mothers early relationships , the severity of the children disabilities, the particularity of the links and third people involved in the relationships. Also explores what functions this gubernamental agencies and the psychology proffesional personnel can do for the making of mother and son bondings. This research is located in the researching line of psychological development of master in clinical psychology of the Bogota's Pontificia Javeriana University.					