



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**El proceso de duelo que atraviesan las madres de neonatos
ante el diagnóstico de anomalías congénitas**

AUTORA:

Oviedo Álvarez, Doménica Gabriela

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

12 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Oviedo Álvarez, Doménica Gabriela**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA

MARIANA DE
LOURDES ESTACIO
CAMPOVERDE

Firmado digitalmente por
MARIANA DE LOURDES
ESTACIO CAMPOVERDE
Fecha: 2022.09.12
18:19:41 -05'00'

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 12 del mes de septiembre del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Oviedo Álvarez, Doménica Gabriela**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **El proceso de duelo que atraviesan las madres de neonatos ante el diagnóstico de anomalías congénitas**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 12 del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA

f. _____
Oviedo Álvarez, Doménica Gabriela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Oviedo Álvarez, Doménica Gabriela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **El proceso de duelo que atraviesan las madres de neonatos ante el diagnóstico de anomalías congénitas**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA:

f. _____
Oviedo Álvarez, Doménica Gabriela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	El proceso de duelo que atraviesan las madres de neonatos ante el diagnóstico de anomalías congénitas .doc (D143549111)
Presentado	2022-09-02 22:19 (-05:00)
Presentado por	Mariana de Lourdes Estacio Campoverde (mariana.estacio@cu.ucsg.edu.ec)
Recibido	mariana.estacio.ucsg@analysis.orkund.com
	0% de estas 43 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: El proceso de duelo que atraviesan las madres de neonatos ante el diagnóstico de anomalías congénitas

LA AUTORA: Oviedo Álvarez, Doménica Gabriela

INFORME ELABORADO POR:

MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE
Firmado digitalmente por MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE
Fecha: 2022.09.03 08:13:11 -0500

Psc. Clin. Mariana Estacio, Mgs.
Docente tutora

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta aquí y por brindarme la sabiduría necesaria para atravesar con éxito todas las adversidades a las que me enfrenté como estudiante durante la carrera universitaria.

Agradezco a mi familia por siempre estar, y por brindarme su apoyo y cariño en todo momento. Agradecida por cada uno de los momentos tan divertidos que pasamos juntos.

A mis amigos, por las anécdotas, por esos viajes increíbles y por hacerme reír aquellas veces en donde ya no podía más. A todos los que estuvieron para mí dándome ánimos con la tesis desde el inicio hasta el final, gracias por los consejos, las correcciones, gracias de verdad.

A los amigos que conocí en la universidad y fueron parte de estos 5 años llenos de tantas experiencias tanto buenas como malas, agradezco mucho haber cursado la carrera con ustedes.

A mi tutora, por su guía, su paciencia, y por los conocimientos que adquirí mediante el proceso de elaboración de este trabajo.

DEDICATORIA

A mi papá, aún no logro procesar el dolor que dejó tu partida, gracias por todo lo que hiciste por mí. Me hubiera gustado tanto que estuvieras aquí, ahora. Te extraño mucho, este logro es para ti.

A mis abuelos, por haber creído en mi desde un principio, por amarme incondicionalmente y por estar siempre para mí, los amo con mi vida. Qué dicha tenerlos conmigo celebrando mis logros y esta etapa de mi vida.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psic. Cl. Francisco Xavier Martínez Zea, Mgs.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Rosa Irene Gómez Aguayo, Mgs.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Ileana de Fátima Velázquez Arbaiza, Mgs.
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
MARCO TEÓRICO	8
ANTECEDENTES.....	8
CAPÍTULO I: ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS MADRES TRAS EL RECIBIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO	12
¿Qué son las anomalías congénitas?	12
Factores que influyen en el desarrollo de las anomalías congénitas	13
Tipos de anomalías congénitas presentadas en los casos clínicos	15
Aspectos psicológicos de la maternidad	21
Tiempos del Edipo	21
Construcción del deseo materno	23
Definición de maternidad	25
CAPÍTULO II: EL PROCESO DE DUELO	28
Definición de duelo.....	28
Procesos psicológicos del duelo	29
Etapas del duelo.....	34
CAPÍTULO III: EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL DUELO EN MADRES	41
El hijo idealizado vs. el hijo con anomalía congénita.....	41
Elaboración del duelo en madres: Viñetas clínicas	43

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	53
Enfoque.....	53
Paradigma de la investigación.....	55
Método y tipo de investigación	55
Técnicas e instrumentos	56
Población y muestra.....	58
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	59
CONCLUSIONES	67
REFERENCIAS	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Presentación de categoría y subcategorías – Elaborado por la autora (2022)	60
---	----

RESUMEN

El presente trabajo de titulación aborda el proceso de duelo que atraviesan las madres de neonatos frente al diagnóstico de anomalías congénitas. La importancia de la investigación radica en el entendimiento y la validación de las emociones y de todo el proceso que conlleva el abandono de la posición libidinal que las madres tienen sobre aquel hijo idealizado. Esta investigación de tipo cualitativo-descriptivo tiene como finalidad describir el proceso de duelo que padecen las madres de neonatos cuando reciben el diagnóstico de anomalías congénitas mediante el análisis de entrevistas clínicas para establecer los efectos psicológicos del duelo. Los resultados demostraron que no todas las madres atravesaron por los tres tiempos del duelo. Una de cuatro madres no había concluido el duelo, así mismo otra de las madres entrevistadas no demostró haber atravesado por un segundo tiempo del duelo, llegando a la conclusión de que, a pesar de encontrar similitudes en cuanto a emociones experimentadas, cada madre atraviesa el duelo de forma diferente, ya que este no consiste en pasos a seguir que van a determinar si aquella madre pudo o no procesar la pérdida exitosamente.

Palabras Claves: PROCESO DE DUELO; ANOMALÍAS CONGÉNITAS; MATERNIDAD; HIJO IDEAL; DESEO MATERNO; PSICOANÁLISIS

ABSTRACT

The present degree work deals with the mourning process that mothers of newborns go through after the diagnosis of congenital anomalies. The importance of the research lies in the understanding and validation of the emotions and the whole process involved in the abandonment of the libidinal position that mothers have on that idealized child. The purpose of this qualitative-descriptive research is to describe the grieving process suffered by mothers of newborns when they receive the diagnosis of congenital anomalies through the analysis of clinical interviews to establish the psychological effects of grief. The results showed that not all mothers went through the three stages of grief. One of four mothers had not concluded the bereavement, and another of the mothers interviewed did not demonstrate having gone through a second stage of bereavement, concluding that, despite finding similarities in terms of emotions experienced, each mother goes through bereavement in a different way, since it does not consist of steps to follow that will determine whether or not that mother was able to process the loss successfully.

Key Words: MOURNING PROCESS; CONGENITAL ANOMALIES; MATERNITY; IDEAL CHILD; MATERNAL DESIRE; PSYCHOANALYSIS

INTRODUCCIÓN

Se dice que el sujeto atraviesa el duelo cuando pierde algo o alguien con el que tenía lazos significativos o que representaba algo importante en su vida. Las pérdidas son inevitables, desde la primera infancia el sujeto se ve obligado a renunciar etapas, relaciones, objetos, personas, ideales, etc. Toda pérdida significativa exige un trabajo de duelo, esto con el objetivo de retirar la libido de aquello que se ha perdido y darle una nueva posición en alguna nueva fuente de satisfacción.

En el embarazo, la mujer idealiza aquel bebé formándose en su vientre a partir del deseo materno, se imagina cómo va a ser o a quién se va a parecer. Entra en juego el narcisismo característico en la elección de los objetos de amor, de modo que, todo aquel hijo deseado, el cual involucra una dimensión idealizada, se encuentra constituido de forma narcisista. El presente trabajo de investigación se va a centrar en la tramitación del duelo por el que pasan estas madres cuando se pierde aquella idealización al enterarse que sus neonatos nacieron con anomalías congénitas, comprendiendo así por qué resulta un proceso doloroso.

Esta investigación guarda correspondencia con el dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad, específicamente corresponde al grupo de investigación en relación con la psicología. El sujeto a estudiar son las madres y su malestar con respecto a un diagnóstico en sus recién nacidos el cual conlleva a un proceso de duelo, es una investigación centrada en cómo se da esta elaboración del duelo cuando se pierde un ideal.

En el primer capítulo se dará a conocer mediante una revisión bibliográfica, en primer lugar, en qué consisten las anomalías congénitas, los factores que pueden influir en el padecimiento o desarrollo de una alteración congénita durante el embarazo, además de los tipos de anomalías que existen según los casos que se abordarán en la presente investigación para una mayor comprensión y conocimiento de aquello que genera un gran impacto emocional en la vida de las madres. Como segunda parte de este capítulo se tomará en cuenta el desarrollo de los aspectos psicológicos de la maternidad

desde la perspectiva psicoanalítica, exponiendo la incidencia de los tiempos del Edipo para comprender la función materna en la constitución de un sujeto. Así mismo se desarrollará la constitución del deseo materno para comprender cómo nace este deseo de ser madre y finalmente se definirá el concepto de maternidad según lo planteado a partir de los subtemas anteriores.

En el segundo capítulo se abarca al duelo, tomando como punto importante su definición y cómo el sujeto atraviesa el proceso de duelo, así mismo mediante una revisión bibliográfica. Por consiguiente, se explicarán los procesos psicológicos que intervienen en el duelo, esto desde la perspectiva psicoanalítica, ya que se explicara el proceso que atraviesa el Yo dentro del duelo y el papel que cumple. De igual modo, se abordarán las etapas de duelo según el modelo de Kübler-Ross, que se desglosan en cinco etapas. Estas etapas permiten reconocer las emociones implicadas en la tramitación del duelo, lo que facilita a las madres la comprensión de este proceso desde otra perspectiva.

En el tercer capítulo se abordan los efectos psicológicos del duelo en madres. Aquí se define qué es el hijo ideal y su contraposición con el hijo nacido con anomalía congénita, de este modo se entiende cómo se constituye esta idealización y el por qué las madres atraviesan un duelo por aquel hijo ideal. Además, se presentan los casos clínicos de las cuatro madres entrevistadas a modo de viñetas elaboradas para de este modo conocer cómo ellas atravesaron los tiempos del duelo muy a pesar de los distintitos diagnósticos de anomalías congénitas en sus neonatos.

JUSTIFICACIÓN

El periodo de maternidad es uno de los más importantes para la mujer cuando surge el deseo materno. La mujer se encuentra deseando aquel hijo que se está formando en su vientre e incluso desde mucho antes y esto viene acompañado de grandes ilusiones, expectativas, sentimientos de felicidad, planes a futuro, etc. Pero cuando esto se ve interrumpido por la dura realidad de un diagnóstico de anomalía congénita en el neonato y en ciertos casos no solo una, sino acompañado de otras anomalías, las madres se ven envueltas en un proceso de duelo debido a que ese hijo idealizado en un principio, no existe más, duelo el cual no se le suele dar tanta importancia como al duelo por fallecimiento.

Ante aquella falta de comprensión de aquel proceso, es de gran relevancia conocer el por qué el impacto de un diagnóstico como el de una anomalía congénita produce en las madres tal angustia que conlleva a un llamado duelo. A pesar de haber variedad de información médica con respecto a los distintos tipos de anomalías congénitas que se presentan en los recién nacidos, así como investigaciones acerca de las anomalías más conocidas como las patologías cardiacas, el síndrome de Down, mielomeningocele, o labio leporino, investigaciones y estudios que abarquen el impacto emocional y el duelo que viven las madres de los recién nacidos con anomalías congénitas son escasos.

La presente investigación surge de la necesidad de visibilizar esta problemática mediante entrevistas a madres con distintos diagnósticos de anomalías, pero con un padecimiento en común: el impacto de aquella noticia que va acompañado de muchas emociones negativas. Esta investigación pretende explorar aquel duelo materno para darle una debida significación y busca proporcionar información que valide todas las emociones que las madres puedan llegar a experimentar al momento de recibir diagnósticos que dejan una huella y cambian por completo aquello que tenían idealizado como maternidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando se escucha el término “duelo”, se lo suele asociar inmediatamente con el luto, con el fallecimiento de algún ser querido. El sujeto atraviesa distintas pérdidas durante toda su vida y aquellas pérdidas vienen acompañadas de una elaboración del duelo que resulta necesaria, pero que inevitablemente desequilibra al sujeto. En cuanto a maternidad, existe otro término asociado al duelo conocido como “duelo neonatal”, en donde ocurre el deceso del recién nacido o incluso el fallecimiento también se puede dar antes de dar a luz. Durante aquel suceso, la madre atraviesa por una fuerte etapa de aflicción debido a esa pérdida, aflicción de la cual se encuentran investigaciones acerca de qué sucede con la madre en ese proceso y las etapas por las que atraviesa.

Sin embargo, existen madres que no logran tramitar la angustia que les provoca un diagnóstico tan fuerte como el de una anomalía congénita. Aquí también existe un fuerte impacto que altera a las madres y a toda aquella fantasía de maternidad que habían imaginado porque a pesar de no tratarse de la muerte del neonato, se trata de una pérdida de aquel hijo idealizado, es decir, ocurre una muerte simbólica de la cual el sujeto debe dar cuenta para poder así asimilar aquello que ha perdido y aceptar en este caso, al neonato nacido con una anomalía congénita. Entonces a partir de lo planteado surgen las preguntas acerca de cómo estas madres atraviesan aquel duelo, debido a que es importante la comprensión de todo lo que implica despojarse de una idealización, no solamente de la pérdida física de un sujeto, sino de un ideal.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Pregunta general

¿Cómo se da el proceso de duelo que atraviesan las madres de neonatos ante el diagnóstico de anomalías congénitas?

Preguntas específicas

¿Qué ocurre con el deseo materno cuando aquel hijo ideal se ve irrumpido por el hijo con una anomalía congénita?

¿Cuáles son las etapas de duelo que afrontan las madres al momento de recibir un diagnóstico de anomalía congénita en el recién nacido?

¿Cuáles son las emociones más comunes que experimentan las madres durante la tramitación del duelo?

¿Por qué no todas las madres atraviesan por todas las etapas del duelo?

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el proceso de duelo que padecen las madres de neonatos cuando reciben el diagnóstico de anomalías congénitas mediante el análisis de entrevistas clínicas para establecer los efectos psicológicos del duelo.

Objetivos específicos

- Describir las anomalías congénitas y determinar los aspectos psicológicos de la maternidad mediante una revisión bibliográfica.
- Caracterizar el proceso psíquico del duelo mediante una revisión bibliográfica.
- Analizar las etapas del duelo en las madres frente al diagnóstico de anomalías congénitas mediante viñetas clínicas.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Aulestia (2018) abordó en su investigación el proceso de duelo en madres tras el diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil en sus hijos e hijas en la Fundación “San Juan de Jerusalén. El objetivo general de esta investigación de tipo cualitativo descriptivo fue describir los procesos de duelo por los que cursan las madres al enterarse del diagnóstico definitivo de parálisis cerebral infantil en sus hijos e hijas. La muestra estuvo conformada por 5 mujeres seleccionadas de una población de madres de 25 niños con diagnósticos de parálisis cerebral infantil parte de la Fundación Centro “San Juan de Jerusalén” ubicada en Quito, Ecuador.

La autora menciona en la investigación que los resultados mostraron que las cinco madres entrevistadas están atravesando por un proceso de duelo debido al diagnóstico y que este es capaz de presentarse de diferentes maneras y en distintas ocasiones. Este resultado es posible contrastarlo con uno de los supuestos planteados ya que en efecto este duelo supone un abismo entre el “hijo o hija imaginario” y el hijo real, las madres sentían el deseo de tener hijos, pero no sospecharon que estos hijos podrían presentar complicaciones, sumergiéndose en un luto del que afirman no salir y no saber si lo conseguirán.

Esta tesis tiene relación con el tema de investigación debido a que también se indaga sobre el proceso de duelo en madres tras recibir un diagnóstico, en este caso, de parálisis cerebral. La investigación es útil porque cuenta con bibliografía acerca del duelo por el que atraviesan las madres, porque se habla de un duelo no solo por el fallecimiento de un hijo sobre el que se suele encontrar mucha información, sino también todo lo que implica este proceso impactante para las madres.

Fontoura, et al. (2018) plantean en su artículo la ansiedad en madres de recién nacidos con malformaciones congénitas en los periodos pre y post natal, el cual su objetivo fue analizar el nivel de ansiedad de las madres de recién nacidos con malformaciones congénitas que recibieron el diagnóstico

en el prenatal y postnatal. La muestra de estudio transversal estuvo conformada por 115 madres de 117 recién nacidos con malformaciones congénitas internados en tres unidades neonatales. Se utilizó un cuestionario conteniendo variables maternas y neonatales, y el Inventario de Ansiedad Trazo-Estado. Los datos fueron analizados por los test de Student y Kolmogorov-Smirnov. El nivel de ansiedad fue categorizado en bajo (percentil <25), moderado (25 a 75) y elevado (>75), con nivel de significancia de 5%.

Los autores mencionan que los resultados de las encuestas mostraron que la mayoría de las madres presentaron niveles moderados de ansiedad. En recibimiento del diagnóstico de la malformación, 57% tuvieron la noticia en el prenatal y 43% en el postnatal. El nivel de ansiedad de quien recibió el diagnóstico en el prenatal fue inferior al de aquellas que recibieron en el postnatal, evaluado por el Inventario de Ansiedad Trazo ($p=0,026$)

Este estudio tiene proximidad con la presente investigación dado a la importancia de conocer porcentajes con respecto al nivel de ansiedad por el que atraviesan las madres el recibir un diagnóstico de anomalías congénitas en sus hijos, no solo al nacer sino también antes de nacer. Al demostrar con este estudio que el nivel de ansiedad fue mayor cuando el diagnóstico surgió después del nacimiento del bebé resulta útil poder describir en la investigación el impacto acompañado de ansiedad y otras emociones que genera en las madres estos diagnósticos, porque el impacto es mayor.

Moreira (2020) plantea una investigación acerca del nacimiento de un hijo con discapacidad desde una mirada psicoanalítica. El objetivo general fue abordar los aspectos psicológicos en las madres de hijos con discapacidad. Se comienza con las concepciones de discapacidad a lo largo de la historia y las diferentes maneras que se tenía para abordarla. También se abordan los aspectos psicológicos que se presentan en la madre durante el embarazo de un hijo deseado y buscado; para llegar al nacimiento en específico, donde se trabajan las generalidades de todo nacimiento para luego ahondar sobre el de un hijo con discapacidad y el impacto que ello lleva. En el nacimiento se trabaja: herida narcisista; la madre como espejo;

conflicto y crisis. Cerrando con la importancia de realizar el duelo de ese hijo idealizado, permitiendo la existencia de un hijo real.

Esta tesis a diferencia de las demás abarca el duelo por diagnóstico desde una perspectiva psicoanalítica, lo cual se aproxima a la investigación presente por su enfoque, por la terminología psicoanalítica con respecto a este tema, pues abarca no solo el duelo sino todos los aspectos que conlleva el nacimiento de un hijo con discapacidad.

Reis Medeiros et al. (2021) abarcan el sentimiento materno al recibir diagnóstico de malformación congénita en su artículo, el cual su objetivo fue analizar los sentimientos maternos ante un diagnóstico de malformación congénita recibido antes del nacimiento inmediatamente después del nacimiento o en la primera infancia. Este estudio estuvo conformado por una muestra de 97 madres de hijos con anomalías congénitas, al cual se les realizó una entrevista que incluían preguntas sobre el embarazo y la perspectiva de las madres sobre el diagnóstico de su hijo.

Los autores mostraron que en los resultados se observaron que según la época en la que se dio la noticia de una malformación congénita, esta afecta al estado emocional de la madre de diversas maneras. Las categorías analizadas en este trabajo reiteran el hecho de que las madres atraviesan el duelo psicológico, cada una de forma diferente, por tiempo de recuperación variable y utilizando diferentes métodos de afrontamiento de esta difícil situación según los períodos de diagnóstico (en el prenatal, en el nacimiento y en la primera infancia). Cuanto más temprano sea el diagnóstico de malformación congénita, más tiempo tendrá la pareja para buscar información, comprender la situación del niño, aceptar los sentimientos naturales y esperables ante esta condición, y afrontar mejor el problema. Aun así, categorías como tristeza, sorpresa y desesperación se repitieron en todos los periodos analizados en la encuesta.

Este artículo está relacionado con la investigación dado que brinda conocimiento sobre el sentir de muchas madres cuando reciben el diagnóstico de anomalías congénitas en neonatos, las preguntas de las

entrevistas realizadas dan a conocer las perspectivas de las madres acerca de aquel sentimiento materno.

Cunalata (2019) plantea en su tesis una estrategia de cuidados dirigida a las madres para optimizar la atención en los recién nacidos con malformación congénita en el área de neonatología del Hospital General Docente Ambato. El objetivo tuvo como finalidad elaborar una estrategia de cuidados dirigida a las madres para optimizar la atención en los recién nacidos con malformación congénita en el área de neonatología del Hospital General Docente Ambato. Se realizó un estudio “Cuali-Cuantitativo” con la totalidad de los pacientes con malformaciones congénitas durante el año 2018, ascendiendo a 5 pacientes recién nacidos vivos, los datos se obtuvieron de las historias clínicas, manejados a través de análisis e interpretación de datos, como instrumento se utilizó un cuestionario dirigido a las madres

La autora presentó en los resultados que las malformaciones congénitas fueron definidas, clasificadas según los factores más frecuentes encontrados que fueron: el consumo de medicamentos antiepilépticos como el trabajo con plaguicidas, el nivel socioeconómico bajo, la falta de consumo de ácido fólico en periodos tempranos y el poco control médico. La relación que este tema tiene con la presente investigación es la parte teórica acerca de las anomalías congénitas y pese a ser una investigación de otra rama, aborda las estrategias de cuidado dirigida a las madres que reciben estos diagnósticos, por lo cual es importante conocer que el involucrar a la madre en el proceso y el mantenerla lo mejor informada posible puede contrarrestar un “eterno” proceso de duelo.

CAPÍTULO I: ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS MADRES TRAS EL RECIBIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO

¿Qué son las anomalías congénitas?

Las anomalías congénitas son alteraciones genéticas funcionales que se originan durante el embarazo, es decir, en la etapa de gestación. Estas alteraciones se desvelan en las consultas o revisiones rutinarias que se realizan durante el embarazo, por medio de ecografías. En algunos casos, estas anomalías o alteraciones no se observan en las consultas, sino que se descubren en el nacimiento del bebé e incluso después de semanas y/o meses de su nacimiento.

Referente a esto, Telechea et al. (2020) dentro de la Guía práctica para madre y padres llamada *Mi bebé nació con una anomalía congénita*, explican que:

Las anomalías congénitas (también llamadas defectos congénitos) son un conjunto de alteraciones que se producen antes del nacimiento. A veces se pueden detectar durante el embarazo. Otras veces se observan en los recién nacidos, días o semanas después del nacimiento, o a lo largo de la vida. (p.2)

Actualmente, las alteraciones congénitas pueden identificarse a temprana edad, por lo cual los padres pueden afrontar esta situación con la ayuda de los especialistas, ya que ellos se encargarán de explicarles la anomalía que presenta el bebé, cuál es el tratamiento que se debe seguir, las secuelas que podría presentar el niño a corto o largo plazo y los efectos negativos en caso de que el bebé no siga con el tratamiento adecuado.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022) explican que “las anomalías congénitas pueden provocar discapacidades crónicas y que puede causar un gran impacto en las familias, afectados, la sociedad y los sistemas de salud”. Por consiguiente, las anomalías congénitas pueden tener una procedencia genética, ambiental o infecciosa, lo anteriormente

mencionado no es absolutamente verídico, ya que en la mayoría de los casos se dificulta identificar las causas de esta alteración, pero se puede realizar una categorización organizándolas por los factores que pueden influir en el desarrollo de estas anomalías congénitas.

Factores que influyen en el desarrollo de las anomalías congénitas

Factores socioeconómicos

Las alteraciones congénitas se presentan mayormente en los países con ingresos bajos e incluso en familias de bajo nivel económico, esto es un determinante indirecto, ya que se estima que el 94% de las anomalías congénitas críticas o graves se producen porque existe una carencia de comida nutritiva para la madre o mujer que está embarazada.

Además, estas mujeres están expuestas constantemente a agentes que pueden agravar el desarrollo del feto o bebé, como son las infecciones o el consumo de drogas como el alcohol; en la edad adulta avanzada de una mujer puede aumentar el riesgo de algunas anomalías cromosómicas. Pero las madres jóvenes también presentan riesgos de que el bebe padezca de una enfermedad congénita y dependiendo de la exposición de la madre a ciertos factores, puede ser mayor el riesgo para el feto de presentar estas anomalías.

Factores genéticos

“Ocurren por una alteración del material genético, ya sea por mutaciones (cambios) en el ADN o por alteraciones del número o de la forma de los cromosomas que llevan la información genética” (Telechea et al., 2020, p. 4). El parentesco sanguíneo o algún defecto congénito dentro de la familia puede aumentar la presencia de anomalías congénitas e incrementa el doble la probabilidad de que se presente una muerte neonatal e infantil.

La Organización Mundial de la Salud (2022) expone que “los bebés pueden presentar discapacidad intelectual y otras anomalías congénitas dentro de los matrimonios entre primos hermanos. Algunas comunidades étnicas, como los judíos asquenazíes, tienen una mayor prevalencia de mutaciones genéticas raras que condicionan un mayor riesgo de anomalías congénitas”.

Las infecciones que puede contraer la madre como la rubéola o la sífilis son factores fundamentales de las alteraciones congénitas y se presentan en los países bajos y medios. Además, el estado nutricional de la madre es muy importante para prevenir anomalías congénitas, ya que el déficit de yodo y folato, sobrepeso, diabetes pueden aumentar el riesgo de que el feto contraiga estas alteraciones. Sin embargo, el consumo o aumento excesivo de vitaminas como vitamina A puede repercutir en el desarrollo embrionario del bebe. Por consiguiente, existen problemas cromosómicos donde al bebé le puede faltar un cromosoma, parte de un cromosoma o incluso tener un cromosoma adicional, esto se puede observar en el síndrome de Turner y de Down.

Factores ambientales

La exposición materna a determinados plaguicidas y otros productos químicos, así como a ciertos medicamentos, al alcohol, el tabaco, los medicamentos psicoactivos y la radiación durante el embarazo, pueden aumentar el riesgo de que el feto o el neonato sufra anomalías congénitas. (OMS, 2022)

Los elementos externos pueden provocar un daño en el desarrollo neonato, esto puede ser ocasionado por trabajos en plantas de residuos o desechos, vivir en un lugar contaminado por basura, fundiciones, entre otros. Esto junto con padecer carencias alimentarias pueden ser agentes de riesgo tanto para el bebé como para la madre.

Según Telechea et al. (2020) dentro de la Guía práctica para madre y padres llamada *Mi bebé nació con una anomalía congénita* afirman que:

Enfermedades maternas crónicas mal controladas, como la diabetes de inicio previo al embarazo. Algunas infecciones durante la gestación como el virus de la rubéola o del zika, o el consumo de medicamentos (ácido retinoico, ácido valproico y otros), tóxicos (mercurio, etc.), drogas de abuso (cocaína, etc.). (p. 4)

Factores mixtos

La unión de los factores genéticos y ambientales pueden provocar que el bebé nazca con una anomalía congénita, debido al aumento de estos factores existe un alto grado de riesgo que el feto desarrolle una alteración, un ejemplo es tomar alcohol durante la gestación del bebe combinado con padecer el virus del zika esto puede ocasionar que el feto desarrolle algunos tipos de anomalías congénitas como labio leporino, paladar hendido, defectos de miembros, malformaciones cardíacas, etc.

Tipos de anomalías congénitas presentadas en los casos clínicos

Malformaciones cardíacas

Estas malformaciones se caracterizan por presentar problemas en la formación de la estructura del corazón, esto se debe a que en el desarrollo neonatal el corazón no se desarrolló correctamente durante el embarazo, por consiguiente, existen varios tipos de malformaciones cardíacas, las cuales son: defectos septales atriales y ventriculares, ductus arterioso persistente, estenosis valvular aórtica o pulmonar, coartación aórtica, transposición de grandes vasos, corazón izquierdo hipoplásico, tetralogía de Fallot.

Los defectos septales, atriales y ventriculares se presentan desde el desarrollo del feto durante el embarazo; consiste en un orificio en la pared que hay entre las dos cavidades cardíacas llamadas aurículas izquierda y derecha. Esta anomalía es detectada cuando el médico puede escuchar un soplo en el corazón del recién nacido. Como tratamiento, el médico

recomienda tener un control sobre esta afección debido a que si no se cierra por sí solo se tiene que realizar una cirugía.

El Ductus arterioso persistente comienza cuando “el canal sanguíneo tubular que permite que la sangre no vaya a los pulmones, mientras el recién nacido se encuentra dentro del vientre, no se cierra después del nacimiento como es esperado” (Cunalata, 2019, p. 7). Esta anomalía es más frecuente en los bebés prematuros y se detecta cuando el especialista escucha un soplo en el corazón del feto por medio de un estetoscopio. Su tratamiento consiste en el uso de medicamentos, procedimientos de cateterismo y también puede ser tratado mediante cirugía.

La estenosis valvular aórtica o pulmonar sucede cuando la válvula aórtica no se abre completamente, lo que disminuye el flujo de sangre desde el corazón hacia los pulmones. Se detecta por medio de un ecocardiograma fetal, en este estudio se usan las ondas sonoras para crear una imagen del corazón del feto, esto ayuda a los doctores a observar el funcionamiento del bebe y si existe alguna anomalía. El tratamiento para esta malformación es por medio de medicamentos y la corrección o sustitución de la válvula.

La coartación aórtica es el estrechamiento de la aorta, un vaso sanguíneo principal que transporta sangre desde el corazón hacia el resto del cuerpo” (Cunalata, 2019, p. 7). Esta anomalía se puede detectar antes del nacimiento del bebé, de esta manera en el nacimiento del recién nacido los especialistas le realizan una cirugía y se le receta medicamentos para estabilizarlo.

La transposición de grandes vasos se desarrolla durante las primeras 8 semanas de gestación, se debe a que los vasos grandes que llevan la sangre del corazón a los pulmones y al cuerpo se conectan de forma incorrecta, es decir, estos vasos están intercambiados. El tratamiento para la transposición de grandes vasos es el traslado del bebé a cuidados intensivos neonatales donde se le administra oxígeno o un respirador artificial, además de la administración de medicamentos para ayudar a que los pulmones y corazón comiencen a funcionar de manera correcta.

El síndrome de hipoplasia del ventrículo izquierdo es un inconveniente que pasa una vez que el lado izquierdo del corazón no se forma como se debe desarrollar. Es más diminuto de lo común y no puede bombear suficiente cantidad de sangre al resto del cuerpo humano. Para tratar esta anomalía los médicos utilizan medicamentos como la prostaglandina y se realizan una serie de cirugías como el procedimiento de Norwood, el procedimiento de Glenn y el procedimiento de Fontan.

La tetralogía de Fallot “es una combinación de cuatro malformaciones cardíacas que restringen el flujo de sangre hacia los pulmones y el corazón” (Cunalata, 2019, p. 7). Se diagnostica por medio de una ecografía durante el embarazo y el tratamiento es mediante una operación de corazón abierto poco después de que el bebé nazca o más adelante. En algunas ocasiones se necesitan más operaciones para poder tener el resultado esperado, además de las consultas constantes al especialista, en este caso un cardiólogo pediátrico.

Síndrome de Down

Esta anomalía se desarrolla por la adición de un cromosoma dentro de la genética del bebé, es decir, se forma un cromosoma de más. “Esto causa alteraciones en el desarrollo del bebé con un grado variable de afección. Aproximadamente 1 de cada 600 niños nace con este síndrome” (Telechea et al., 2020, p. 8). La detección del Síndrome de Down en la etapa de gestación se realiza por medio de varios exámenes médicos.

Los bebés que nacen con síndrome de Down presentan rasgos característicos como la cabeza, esta es más pequeña y la parte posterior, en algunos casos presenta braquicefalia, las partes frontales de la cabeza son amplias y en la línea de sutura se presenta una falsa fontanela. Los niños con síndrome de Down presentan un menor desarrollo de los huesos faciales, esto se puede observar en sus ojos, ya que esta parte de su rostro son más rasgados o achinados. “En muchos bebés puede verse un pliegue de piel (pliegue epicántico) en los ángulos interiores de los ojos.

“La periferia del iris presenta a menudo unas diminutas manchas blancas (manchas de Brushfield)” (Falappa, 2012, p. 16). Las orejas por lo regular son pequeñas y el hélix (borde superior de la oreja) mayormente se presenta plegado. La boca es pequeña en los infantes que padecen Síndrome de Down; el cuello tiene un aspecto ancho, alto y fuerte, esto se debe a que existen pliegues blandos epiteliales en los dos lados del cuello.

En referencia a las extremidades de su cuerpo, comúnmente las manos y los pies son abarrotados y pequeños, esto también se presenta en sus dedos tanto de las manos como de los pies. En los pies, la mayoría de los niños con Síndrome de Down muestran pie plano, esto se debe a una laxitud de los tendones de los pies. Según Falappa (2012) explica que “las huellas dactilares son también diferentes de las de los demás niños y han servido, en el pasado, para identificar a niños con Síndrome de Down” (p. 23).

Además, presentan baja estatura, un bajo tono muscular, esto puede causar menos fuerza y limitaciones en la coordinación muscular. Los niños con Síndrome de Down presentan rasgos de los padres como es el color de cabello, color de ojos, carácter, etc. Los niños con Síndrome de Down a corto o a largo plazo pueden presentar enfermedades del corazón, de la sangre, de la vista, del oído, del intestino y tiroides. Sin embargo, estos niños pueden o no presentar las enfermedades antes mencionadas.

Por esta razón, se les recomienda a los padres realizar exámenes constantemente para detectar estas enfermedades y seguir el debido tratamiento. Es importante que si el niño es detectado con Síndrome de Down reciba apoyo suplementario para que pueda desarrollarse de la mejor manera posible, por ende, la estimulación temprana desde el nacimiento es una buena opción, ya que esto le permitirá al niño tener un óptimo desarrollo. La inclusión en el aspecto laboral o educativo es fundamental debido a que las experiencias que viva el niño serán beneficiosas para un mejor desarrollo físico, emocional, social y personal.

Mielomeningocele

Mielomeningocele es un tipo de espina bífida severa. Sucede cuando la columna vertebral del bebé no se forma con normalidad durante la gestación, esta anomalía está relacionada con el tubo neural, es decir, el bebé nace con una protuberancia de la espalda. La falta de ácido fólico en el embarazo puede provocar una alta probabilidad de que el feto padezca este tipo de alteraciones congénitas. Esta anomalía puede ser provocada por factores ambientales y genéticos.

“Esta malformación debe ser intervenida quirúrgicamente en los primeros días de vida del menor, siendo este nacido por cesárea para con ello disminuir los riesgos en el infante, puesto que el quiste suele romperse en el transcurso de la cirugía” (Cercado & Contreras, 2016, p. 34). Esta se localiza a nivel lumbosacro donde existen quistes que tienen meninges y líquido cefalorraquídeo.

Dentro de esta anomalía pueden relacionarse lesiones como la malformación de Arnold-Chiari, médula anclada, hidrocefalia, hidrosiringomielia, alergia al látex, lesiones en otros sistemas. La malformación de Arnold-Chiari se trata de un desplazamiento del bulbo raquídeo en el conducto medular cervical que puede seguir con una lesión de los pares craneales bajos.

La médula anclada puede provocar “pérdida de función motora, espasticidad en los miembros inferiores, escoliosis, aumento de la lordosis lumbar y alteraciones urológicas, entre otros signos clínicos” (Bergamo, Puigdevall & Lamprópulos, 2005, p.271). La hidrocefalia afecta el control del tronco y la función de los miembros superiores, esto se debe al nivel de la lesión. La hidrosiringomielia es un conducto central medular agrandado con acumulación de líquido que puede ser producto de un desequilibrio en la dinámica del líquido cefalorraquídeo.

Según Bergamo, Puigdevall & Lamprópulos (2005) la alergia al látex puede incidir en el desarrollo de mielomeningocele porque explican que:

Se puede observar que hasta un tercio de los pacientes presentan una reacción de hipersensibilidad inmediata al contacto con el látex, por lo que se deben tomar las medidas de prevención en el uso de elementos con esta sustancia, como los guantes de cirugía, dado que la sensibilización se produce por los numerosos cateterismos intermitentes que reciben a diario estos pacientes. (p. 271)

Las lesiones en otros sistemas pueden causar afecciones como parálisis vesical e incontinencias urinarias, esto puede ocurrir en la mayoría de los pacientes, también pueden presentar insuficiencia renal. Otro síntoma es la pérdida sensorial que puede provocar ulceraciones tróficas.

El diagnóstico prenatal se realiza por ecografía y determinación de alfafetoproteínas (AFP), primero en el suero de la madre, luego en el líquido amniótico obtenido por amniocentesis. Es de valor diagnóstico la determinación de acetilcolinesterasa en el líquido amniótico. La ecografía longitudinal y la transversal suelen comprobar el defecto de los arcos vertebrales y el saco del meningocele.

Labio leporino y paladar hendido

Labio leporino y paladar hendido son defectos de nacimiento que ocurren cuando el labio superior y el paladar no se desarrollan adecuadamente. Esta anomalía se suele desarrollar durante los primeros meses de embarazo. Los recién nacidos pueden padecer de labio leporino o paladar hendida o incluso padecer ambos.

Consiste en una abertura en el labio superior que se produce cuando el tejido de los labios no se une completamente antes del nacimiento. Esta abertura puede ser una hendidura pequeña, pero en ocasiones más grande hasta atravesar el labio y llegar hasta la nariz (Estrán, et al., 2018, p. 19)

Algunos niños con labio leporino pueden tener el paladar hendido y pueden llegar a tener estas fisuras en la parte delantera o trasera del paladar

y otros solo cuentan con una parte del paladar hendido. Los niños que desarrollan esta anomalía por lo general presentan dificultades para hablar, para comer, también suelen tener infecciones en el oído, malformación dental y pueden llegar a perder la audición en casos más graves.

Esta anomalía se puede detectar muy tempranamente en el embarazo mediante ecografías de rutina y exámenes médicos. También puede ser diagnosticado cuando nace el bebé, sobre todo el paladar hendido. Sin embargo, en ciertas ocasiones tipos de paladar hendido como el submucoso que es cuando se da la apertura del paladar debajo de la membrana mucosa que lo encubre y la úvula bífida que es una fisura que afecta la úvula no se suelen detectar sino más adelante.

Se cree que las causas de esta anomalía congénita son por una combinación de genes, pero también se puede deber a distintos factores como el consumo de tabaco, también por el consumo de fármacos antiepilépticos como el ácido valproico y el topiramato durante los primeros tres meses del embarazo. También influye en el desarrollo de esta anomalía que la madre tenga diabetes. Este defecto congénito se puede corregir mediante una cirugía que por lo general se recomienda realizarla antes de los 12 meses, esta cirugía corrige estéticamente la abertura del labio y el paladar cerrándola.

Aspectos psicológicos de la maternidad

Tiempos del Edipo

Lacan expone tres tiempos del Edipo y la función es masculinizar o virilizar al sujeto masculino y feminizar al sujeto femenino, puesto que se toma en consideración lo genital y lo normativo, debido a que lo genital hace referencia al desarrollo y maduración del sujeto, mientras que lo normativo son las interacciones o relaciones que tiene el sujeto con la realidad, así mismo la aceptación de su sexo. En el primer tiempo, el niño es objeto de deseo de la madre, por ende, la comunicación es directa entre ambos debido

a que en esta relación sólo interactúan los dos (madre-hijo) sin intermediarios.

En este primer momento, el padre para el niño no está presente, este padre cumple la función de velo, ya que únicamente existe la relación ideal entre la madre y el hijo, donde el deseo de ambos se satisface mutuamente. Sin embargo, el niño comienza a percibir que existe algo más allá de la madre, pero ella al no querer soltar al hijo le da vueltas, para que el hijo no se vaya de esa relación ideal que sostienen.

El niño comienza a cuestionarse sobre las vueltas de la madre, el más allá de la madre, entonces la respuesta de esta incógnita para el niño es el falo, por lo que el niño relaciona y significa el deseo de la madre con el falo. Se desarrolla el deseo en el hijo, debido a que él es el deseo de la madre y el hijo al comprender que el deseo de la madre es el objeto (falo), toma la postura de ser el objeto (falo) de la madre, por lo que el niño se reconoce como el objeto imaginario de la madre.

La actuación de la metáfora paterna es esencial en este punto, debido al significante Nombre del Padre que da la apertura para que el hijo pueda comenzar a desear otras cosas, ya que le da un deseo más allá que el de la madre, además de dar significación al deseo de la madre. En el segundo tiempo del Edipo aparece la ley del Nombre del Padre, comienza con el padre simbólico donde cumple la función de mediador del deseo materno, porque la madre presenta una dependencia que el otro tiene y ella no.

El Nombre del padre anula el deseo materno y despoja a la madre del objeto de su deseo (falo) que en este caso es el hijo. El hijo tiene la decisión de rechazar o aceptar el despojo de la madre sobre el objeto de deseo, es decir, el niño tiene la potestad de ser o no objeto de la madre (falo). En tal caso del que el hijo rechace la privación del objeto de la madre, esta decisión le otorga identificarse con ese objeto.

El falo al ser objeto de deseo de la madre se negativiza, ya que el niño se convierte en un objeto simbólico debido a que la falta de la madre se dimensiona como significante de la falta y de deseo. Por ende, la ley del

Nombre del Padre es el que da la apertura de la falta en la madre, esto se logra por medio de la relación que existe entre la madre y el padre, ya que la madre debe estar de acuerdo con que el padre es aquel que establece y decreta la ley y que él está más allá de su deseo.

En el tercer y último tiempo el padre le otorga el falo al hijo, para que este se pueda identificar con él y lo convierta en un ideal, de esta manera se significa el ideal del Yo. También el padre toma la postura de representante de la ley. El niño se coloca en una postura viril para buscar su objeto de deseo en las diferentes etapas de su vida. Lacan hace una diferenciación sobre el niño y la niña con respecto a los tres tiempos del Edipo. En los niños estos se identifican como poseedor del pene, mientras que las niñas asumen su postura de castradas y reconocen al padre como el portador del pene.

Construcción del deseo materno

El deseo de la madre se constituye por medio de deseos inconscientes; en el sujeto, en este caso en la mujer, existe un deseo que no se suple, y este se configura en las etapas más tempranas de la mujer y a partir de las huellas mnémicas. Freud (1976) explica que:

El deseo es la estimulación endógena que es imposible de comprender por el sujeto, esto es el origen de su deseo; no obstante, el desconocer el origen de estos, no implica que cese su búsqueda de los medios para satisfacer aquellas pulsiones, que se le imponen en su aparato psíquico. (p. 559)

Para S. Freud como para J. Lacan es complejo el término de deseo, pero lo que convergen ambos autores es que el deseo se relaciona con el goce y siempre este goce se va a satisfacer con un otro u objeto. Al comprender el deseo en forma general; en el deseo materno se presentan dos cuestiones: el primero es el deseo de ser madre y el segundo es el deseo de tener un hijo que representa lo desemejante a ella.

La primera cuestión es el deseo de ser madre, este deseo se presenta en las identificaciones inconscientes que surgen en la infancia y que están relacionadas con la figura materna, esto se debe a que la niña vivió esta experiencia y, por ende, se forma este deseo de tener un hijo, suplir sus necesidades y demandas sentimentales que ella necesita. Esto que la mujer trata de suplir por medio del deseo de tener un hijo es el falo; al concebir al hijo se presenta una satisfacción momentánea. “El deseo materno se configura en el vínculo que se establece entre madre-hija y en lo que esta le transmite al infante [...] Permite identificar la complejidad de comprender el modo en cómo asumirá la maternidad cada mujer” (García, 2017, p. 10).

La segunda cuestión es el deseo de tener un hijo que represente lo desemejante a ella, Freud explica que la maternidad aparece desde el deseo inconsciente para arreglar el daño de no poseer el falo. Sin embargo, el mismo autor expone otra explicación, la cual consiste en que el deseo materno procede de un deseo inconsciente que se presenta en las mujeres en la etapa infantil y se forja por la etapa edípica.

El deseo materno se encuentra relacionado con el goce, el cual posibilita que el hijo se le presente a la madre en cierta representación, puesto que, el niño, siendo un objeto fálico, pero no únicamente remitido a ello, representa un goce en la mujer. (Lacan citado por García, 2017, p. 10)

Lacan relaciona el deseo materno con un cocodrilo, ya que la boca de este animal puede representar destrucción, pero también cuidado, puesto que para el autor existen dos tipos de madres; la madre devoradora o estragante y la madre super protectora. En el primer tipo, la madre desea devorar a sus hijos, el deseo materno es tan intenso que se torna estragante, sofocante y en el segundo tipo, la madre sobreprotege a sus hijos del exterior. Sin embargo, existe otra vía para el deseo materno, que sería aquella madre que no lo entrega todo. El goce materno es fundamental para la madre, ya que está en la búsqueda continua de satisfacer lo que le

falta (el falo), pero que esta satisfacción no solo es fálica, sino que va más allá de esto.

Definición de maternidad

La maternidad es un fenómeno sociocultural complejo que trasciende los aspectos biológicos de la gestación y del parto, pues tiene además componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre que se construyen en la interacción de las mujeres con otras personas en escenarios particulares, donde se viven universos simbólicos con significados propios, tal como lo plantea la corriente teórica del Interaccionismo Simbólico. (Cáceres, Molina & Ruiz, 2014, p. 319)

La maternidad desde hace siglos ha sido planteada desde la biología como la esencia de la feminidad, esto ha dado lugar a que las personas relacionen el hecho de ser mujer con ser madre. Muchos expertos han analizado el tema para dar una resolución de que estos dos términos no deben ser relacionados y que la esencia femenina no debe ser relacionada primordialmente con la caracterización de ser madre.

Desde la perspectiva de la mujer embarazada, este es un proceso de preocupación, preparación, aprendizaje, desubicación, comprensión, responsabilidad y compañía. Esto se debe a las múltiples fases para la que deben pasar las madres, ya que para ellas la maternidad es una responsabilidad a la cual la propia mujer se somete, porque se trata de hacerse cargo de una vida y de satisfacer sus necesidades, mientras que ellas también comienzan a aprender a cómo cuidar de esa vida que está en desarrollo.

La concepción de la maternidad varía de acuerdo a la época, por esto actualmente se realiza una serie de cambios como, por ejemplo, que ahora las mujeres reflexionan sobre su propia vida, definen por sí mismas las oportunidades, riesgos y prácticas con relación a la maternidad, además se otorgan aquella responsabilidad de dar forma y ordenar los vínculos con sus hijos, así como dictaminar sobre su crianza. Tal cual, estas proporcionan

dirección a las vivencias en relación con la maternidad, pese a que esta está bajo la predominancia social, política y económica.

La maternidad desde la perspectiva psicoanalítica explica que la mujer desea pasar por la maternidad para obtener el falo por medio del hijo. “Este deseo del pene, más bien un deseo femenino por excelencia” (Freud, 1933, p.119). El ideal de la maternidad es poder gestar y dar a luz a un bebé, por ende, Glocer (2001) expone que “la maternidad como construcción simbólica fue siempre ecuacionada con la feminidad” (p.108).

Para Freud, la feminidad estaba ligada a la concepción de ser madre, de modo que la feminidad presentaba una falta de representaciones simbólicas, lo que provocaba que el término mujer-madre no sean autónomos, y determinaba la idealización de la maternidad. Esto conllevó a crear una justificación en la necesidad de ser madre y crear aquel ideal materno por la negación de la feminidad en la madre del niño y la niña.

Por otro lado, Lacan resalta que el concepto de maternidad no está incorporado en la organización de lo natural y de lo biológico. Para él, la maternidad es una posición subjetiva a la que una mujer puede o no adjudicarse. Lacan menciona que la madre y el deseo materno están asociados entre sí y este deseo materno está relacionado con su ser mujer, un asunto un tanto discutible dado a que como dice el autor, nunca se sabe qué quiere la mujer. A partir de estos conceptos se puede denotar que para Lacan, madre y mujer pertenecen a distintas posiciones subjetivas, la madre sería aquella que está en relación con su hijo, la que puede suplementar la falta fálica femenina, aunque no del todo; y la mujer sería aquella que está en relación con un goce ilimitado (Oliveros, 2016, p. 18).

En la infancia de la niña se posibilita el ser madre simbólicamente, ya que el ser mujer es ser madre posicionando a la niña (hija) como la doble de la madre. Freud explica los caminos del desarrollo psicosexual de la mujer, donde el resultado del complejo de castración es una salida hacia la maternidad por el deseo que siente la mujer de tener el pene que se sustituye por el deseo de tener un hijo, deseo que se ubica en el orden fálico.

Desde esta perspectiva, la identificación mujer de la madre permite distinguir dos zonas; la primera es el preedípico, consiste en la ligazón tierna y es tomada como un arquetipo para dar paso a la segunda zona que sería el desenlace del complejo de Edipo, el cual quita esta zona preedípica para sustituirla por la función paterna y Nombre del Padre. Podría decirse entonces que la maternidad para la mujer está determinada por un vínculo con su propia madre y por el deseo inconsciente que tiene cada mujer, el cual es complejo y particular.

CAPÍTULO II: EL PROCESO DE DUELO

Definición de duelo

El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc... El duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo. (Freud, 1917, p. 241)

El duelo es un proceso por el que pasan las personas al perder algo importante para ellos, es decir, es una respuesta hacia la pérdida de un otro, objeto o ideal. No se lo considera un estado patológico debido a que con el tiempo se supera, ya que es un efecto normal. Se debe destacar que el duelo es inconsciente, pero que la pérdida es consciente, es decir, la persona sabe que perdió a un otro, objeto o ideal.

El proceso de duelo es inconsciente, porque conforme pasa el tiempo la persona se va desligando de los lazos que tenía con el otro, objeto o ideal perdido, porque estos ya no existen en el mundo real. Por ende, la posición libidinal que tenía con aquello debe desaparecer paulatinamente. “A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma” (Freud, 1917, p. 242).

Dice Freud que dentro del duelo existen dos maneras para procesar esta pérdida. Estas van del lado de la neurosis; las cuales son la histérica y la obsesiva. Del lado de la neurosis histérica tramita el duelo estableciendo una igualdad o semejanza, donde la persona histérica se posiciona en la postura de este otro perdido, es decir, la histérica relaciona la razón de la muerte de este otro creyendo que ella/él va a morir por la misma razón. En cambio, en el obsesivo el duelo se basa en el reproche hacia sí mismo o hacia el otro perdido, de manera que dirige la culpa hacia sí mismo por no

haber hecho hasta lo imposible para salvarlo o también dirige la culpa al otro por dejarlo.

Desde la perspectiva de Lacan, comprende al duelo como algo más allá de un dolor de orden psíquico, un pesar o una aflicción. Dice que este se presenta como un desafío hacia la propia estructura psíquica de aquel sujeto doliente, es una cuestión tambaleante entre dos registros: el real y el simbólico. Cuando existe pérdida, el sujeto experimenta una falta en lo real y esta falta alcanza a lo real del cuerpo imaginario. “Esta falta o agujero en lo real movilizará todo un orden simbólico que da lugar a una recomposición de significantes, en la medida en el que el sujeto afronta la pérdida” (Pelegrí & Romeu, 2011, p. 134).

El autor también abarca el duelo en su seminario 6, en donde menciona que este corresponde a la privación la cual es un agujero en lo real, a diferencia de la castración la cual es un agujero en lo simbólico. El sujeto no solo pierde ese otro, objeto o ideal, sino que también pierde algo de sí mismo. En su seminario 10 acerca de la angustia, aborda de manera más extensa aquella idea afirmando que solo se está en duelo por algo o alguien de quien se pueda decir: yo era su falta (Lacan, 1963). Por ende, afirma que solo se puede procesar un duelo por aquel cuya falta fue el sujeto y por aquel al cual se causó deseo. El sujeto que pierde sufre lo traumático de lo real por lo que queda expuesto a este, se rompe la cadena significativa y no existe posibilidad de respuestas urgentes desde el registro imaginario y simbólico con las que pueda encarar aquello traumatizante que está atravesando.

Procesos psicológicos del duelo

El duelo es la pérdida narcisista y del Yo, del lugar que ocupaba dicha persona, objeto o ideal en el sujeto. El Yo desde la perspectiva psicoanalítica se lo considera como un acto psíquico, es decir, se considera al Yo como el imaginario que está unido al cuerpo, ya que por medio de esta ilusión o fantasía no sería posible la instauración de la falta en el sujeto. El Yo dentro

del duelo; Elmiger citando a Lacan (2017) explica acerca de la razón armónica diciendo que:

La razón armónica, Φ , (registro simbólico) que permite un orden, una legalidad, sin la cual no sería viable registrar que algo no está en ese lugar. Es decir, que solo en el entramado de las identificaciones (narcisismo secundario e identificaciones edípicas) se produce la ilusión de unidad del yo. Lo simbólico organiza lo imaginario. En el caso del duelo, al desgarrarse esa ilusión, puede inscribirse en el yo lo que Lacan llama privación, agujero en lo real (¿dónde se registra la pérdida sino en el cuerpo? El dolor del duelo se siente, no pasa desapercibido. (p. 114)

La razón armónica es el tamaño de la falta del otro referente al deseo y goce del sujeto. En el duelo, el objeto de amor que se pierde se convierte en un objeto sustituto de la pulsión, por ende, el entorno de la persona, sea simbólico, imaginario y ficticio, se vuelve vacío. El duelo ocasiona que las personas pierdan interés en el entorno que los rodea, perdiendo así el interés de seguir buscando un objeto o ideal.

El sujeto que ha perdido en el plano real a una persona, objeto o ideal muestra un desinterés en realizar cualquier actividad que no tenga relación con el objeto perdido, por causa de una entrega incondicional al duelo que está atravesando. Para el sujeto su entorno se convierte en algo vacío y miserable. Klein destaca que el duelo es el resurgimiento de sentimientos, de culpas y angustias de la infancia que estremecen toda la estructura psíquica del sujeto (Cabodevilla, 2007, p. 166).

La reactivación de estos sentimientos culpables y angustias se debe al desarrollo de la lactancia en relación con las pérdidas que se dieron en la infancia, este proceso influye en los desenlaces ineludibles de duelos a posteriori. Cuando el sujeto está en proceso de duelo, en algunos casos surge el odio, enojo y resentimiento hacia ese objeto amado perdido; porque la persona desplaza los sentimientos de culpa hacia este objeto u otro, con la finalidad de ya no sentirse culpable o responsable de aquella pérdida.

Esto sucede a tal punto que la persona puede presentar extrañamiento de la realidad y una sujeción del objeto amado perdido, lo que provocaría una psicosis alucinatoria con referente a esta pérdida. Por esta razón, se debe dar el proceso de duelo, para que la persona, de manera lenta, dolorosa y en muchas ocasiones angustiante, pueda sopesar la realidad de la pérdida tanto en el plano real como a nivel mental o psíquico.

En el duelo existen las alucinaciones, esto se debe a la negación del sujeto por renunciar al objeto perdido que está ligado al Yo (acto psíquico) y el Yo ideal (superación) esto dos se asocian con la conciencia moral y el Superyó como sucesor del Ello. Dentro de la psique de las personas existen varios Yo que se vinculan con el deseo del otro, lo que conlleva a que el Yo no sea autónomo, por ende, cuando se presenta una calamidad como la muerte o pérdida de una persona, objeto o ideal, el Yo se tambalea y esto afecta a lo simbólico que se escandaliza y el imaginario se multiplica en alucinaciones o en acting out.

Estas alucinaciones o acting out ocasiona que el sujeto crea que todavía se encuentra el objeto amado a su lado. En el imaginario también se muestra lo siniestro y se genera la angustia que está relacionada con la culpa en lo real que produce un agujero traumático.

La irrupción del yo ideal nos habla de la suspensión de la medida que da la castración, y es la fuente de las alucinaciones o del pulular de lo imaginario que tiene derecho de ciudadanía en el duelo: dada su fragilidad, el sujeto se sostiene muchas veces en ese débil apoyo imaginario. Desde él, el superyó y la pulsión –lo siniestro– adquieren su lugar. (Elmiger citando a Lacan, 2017, p. 115)

En el yo ideal, los delirios, las alucinaciones y el fantasma se instala lo pulsional con un matiz del imaginario, ya que en lo simbólico del entorno psíquico del sujeto se evidencia la cruel vulnerabilidad que está pasando la persona por la pérdida.

Todos estos actos de pérdida, ya sea la ruptura de lazos afectivos, el fallecimiento de un ser amado, o la pérdida de un ideal conducen a un

desprendimiento de aquel “velo” que hasta ese entonces cubría al sujeto. Este velo cumple la función de proteger al sujeto de aquello real que resulta insoportable, por lo tanto, el brusco despojo de este velo resulta en la caída de la máscara fálica, desestabilizando su psiquis. Karothy (2017, p. 16) expone en este punto que lo único que le queda a este sujeto “desvelado” son los llamados restos mortales caídos del mundo simbólico donde tendrán que rehacer su posición en algún otro lugar.

El trabajo de duelo del que habla Freud consistiría entonces en revestir con el velo fálico a ese real que se presenta como una terrible pérdida. Como seres humanos tenemos la costumbre de velar a aquellos seres queridos que han fallecido como una forma de homenaje a aquella vida ya ausente, de este modo el velar al muerto corresponde una doble significación, se vela a un fallecido, a un objeto o ideal perdido. La función de este llamado trabajo de duelo vendría a ser el reinscribir el resto en lo simbólico y en lo imaginario, en otras palabras, le devuelve aquel velo al sujeto el cual lo protegía, le devuelve su investidura libidinal. Esta pérdida, como mencioné anteriormente, es aquel real insoportable. Es una pérdida real en donde el falo debe tomar parte para su transfiguración en una pérdida simbólica e imaginaria. “Pero de hecho, una vez cumplido el trabajo del duelo, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido” (Freud, 1917, p. 243).

Para complementar la teoría de Freud acerca de su aporte sobre el trabajo del duelo, la teoría de Lacan propone que:

El duelo posibilita una recomposición de significantes, ante un vacío en lo real del sujeto en proceso de duelo, dicha recomposición podrá dar lugar a una redistribución de goce, por lo cual no se pasará a sustituir el objeto perdido, sino que se tratará de algo distinto. (Pelegri & Romeu, 2011, p. 140)

Es decir, Lacan no considera a la sustitución del objeto perdido por otro objeto como una solución a lo traumatizante de aquella falta, sino que propone la importancia de llegarse a preguntar si aquello que se ha perdido resulta imposible de sustituirse dado a su singularidad. Si la respuesta es afirmativa habría que darle un nombre a este duelo, reconocerlo, ponerlo en

palabras e incluso se lo puede vincular con otro objeto, aunque distinto al perdido con una modalidad de goce distinta con la finalidad de abordar aquel vacío que queda en el sujeto por aquella falta.

Teitelbaum & Fukelman (2016) plantean el duelo en tres tiempos, basado en la lectura de Freud y Lacan acerca de la elaboración del duelo. Esta elaboración constituye tiempos lógicos que se cumplen en este trabajo de duelo, es una lógica que refiere a distintos tiempos en cómo el sujeto se posiciona ante la falta, es decir, momentos en el que se va desprendiendo la libido del objeto amado.

El primer tiempo los autores lo denominaron como *tiempo maniaco*, el cual consiste en un momento que está ligado a aquel impacto de la pérdida que desequilibra la homeostasis en el sujeto, el sistema simbólico queda perturbado y el sujeto queda des-sujeto de aquellas representaciones en las cuales se amparaba. El sujeto renuncia esta pérdida como respuesta a ella y Freud menciona a esto como la renegación. Los llamados acting-out aparecen en la renegación, es una forma desesperada de intentar rearmar aquel sujeto desarmado por lo real de la pérdida, lo traumatizante de esta y sin que tenga que pasar por la tramitación de este duelo el cual resulta insoportable para el sujeto.

El segundo tiempo es el denominado *tiempo melancólico*, el cual “comprende al trabajo de simbolización que implica un alto gasto de energía, investidura y tiempo. Se ejecuta pieza por pieza y conlleva un displacer doliente” (p. 767). Consiste en retirar la libido retenida en el yo, este retiro conlleva a un recorrido por las cadenas significantes relacionadas a recuerdos que rememoran aquellos lazos significativos que se tenían con el objeto/ideal perdido. Este objeto o ideal que se pierda posee una vestidura y este proceso implica un desinvertimiento de aquellos aspectos que invisten a aquel objeto. Se le llama trabajo de simbolización, dado que separa al objeto del ideal y lo convierte en algo que se puede sustituir. Aquello que convierte a este proceso normal de duelo en uno patológico son los tropiezos e impedimentos que se pueden llegar a atravesar en este momento del duelo convirtiéndose así en melancolía.

En el tercer y último tiempo el cual es llamado la *culminación del duelo* se consuma por segunda ocasión la falta, de este modo se pierde en lo simbólico aquello que se ha perdido en lo real. “Este movimiento permite la modificación de los lazos con el objeto perdido, la separación y el investimento libidinal de otros objetos que sustituyen al perdido” (p. 767). De este modo, la libido regresa al Yo y la falta regresa al sujeto, nuevamente maquinando la dialéctica del deseo, pero ahora sobre un nuevo objeto.

Etapas del duelo

El duelo de cada persona es propio, debido a que cada duelo va a tener su singularidad o particularidad; pero, por medio de las etapas, la persona puede aprender a aceptar la pérdida, ya que ayudan a identificar los sentimientos que está atravesando la persona en duelo. Pero este proceso no es ordenado o planificado, puesto a que no todas las personas pasan por todas las etapas o incluso no suelen pasar por el mismo orden preestablecido, lo importante es poder afrontar las pérdidas de la mejor manera posible. Kübler-Ross & Kessler, autores del libro “*sobre el duelo y el dolor*” describen cinco etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

La negación puede parecer incredulidad. La persona puede seguir viviendo y negar de hecho la existencia de una enfermedad terminal. Para alguien que ha perdido a un ser querido, no obstante, la negación es más simbólica que literal [...] Cuando estamos en la etapa de la negación, al principio podemos quedarnos paralizados o refugiarnos en la insensibilidad. (Kübler-Ross & Kessler, 2005, p. 24)

Esta etapa de duelo ayuda a la persona subsistir a la pérdida del objeto o ideal amado, debido a esta pérdida el entorno o realidad del sujeto se convierte en algo sin sentido, agobiante, sofocante y en algunas ocasiones angustiante por el impacto de la noticia y debido a este impacto la persona niega el suceso de la pérdida. Es en ese momento que comienzan los cuestionamientos sobre el futuro y cómo va a poder o por qué debe

seguir adelante sin esa persona. En otras ocasiones, estos cuestionamientos se relacionan con el suceso de pérdida, preguntándose si la noticia que le dieron es cierta. Surgen otras mil formas de cuestionarse, cómo por qué le tuvo que suceder a él, vanagloriando a la persona con “era una buena persona, no merecía esto”, y preguntándose cómo habría podido evitar la tragedia.

La negación ayuda a graduar el sentimiento de dolor por la pérdida, ya que le sirve al individuo como recurso para dejar pasar lo que pueda soportar, esto incluye los mecanismos de defensa. “Dejar entrar de golpe todos los sentimientos asociados a la pérdida sería algo emocionalmente abrumador. No podemos creer lo que ha sucedido porque, de hecho, somos incapaces de hacerlo. Creerlo del todo en esta etapa sería excesivo” (Kübler-Ross & Kessler, 2005, p. 26). Por ende, los cuestionamientos, sentimientos y mecanismo ayudan a que poco a poco se comience a instaurar la pérdida y esta etapa comienza a remitir para dar paso a la siguiente etapa y con ella otras emociones que están entumecidas u ocultas.

Desde el psicoanálisis no se describe al duelo por un número de etapas como los autores mencionan, sin embargo, Freud en el trabajo de duelo hace alusión a la negación cuando refiere que en un primer momento al sujeto se le presenta lo real de la ausencia de su otro, objeto o ideal amado y este le exige que la libido abandone y se despoje de todo lazo que lo unía a aquello. Esto produce una respuesta negativa dado que afirma que no es agradable para ningún sujeto abandonar las posiciones libidinales. Como consecuencia a esta exigente demanda aflora en el sujeto una resistencia y la respuesta a esta resistencia es la que se conoce como negación.

La negación se presenta como una defensa del aparato psíquico ante el displacer, el sujeto doliente rechaza el evento sucedido como una forma de apaciguar la angustia. Cabe recalcar que Freud menciona que el principio del placer está al servicio de la pulsión de muerte y el aparato psíquico en ese momento de duelo se encuentra tomado por este principio por lo tanto

se niega a abandonar a su objeto amado y a querer saber sobre la pérdida, se aferra a este dado que es su fuente de satisfacción y se niega a perderlo.

Como segunda etapa, los autores afirman que la **ira** “se manifiesta de muchas formas: ira contra un ser querido por no haberse cuidado mejor o ira contra nosotros por no haber cuidado mejor de él. La ira no tiene por qué ser lógica ni válida” (Kübler-Ross & Kessler, 2005, p. 27). La ira es necesaria en el proceso de duelo, ya que es un paso más en el proceso de sanación y da la seguridad de que la persona va a subsistir, independientemente a lo que pueda pasar en el proceso de duelo. Los autores explican que “la ira es fuerza y puede anclar, confiriendo temporalmente estructura al vacío de la pérdida. Al principio, percibimos el duelo como estar perdidos en el mar: no hay ninguna conexión con nada. Luego nos enfadamos con alguien” (p. 31).

Cuando la persona no reprime la ira que siente al perder a su objeto o ideal comienza a progresar, debido a que no se la está conteniendo, por ende, la persona está liberando todos los sentimientos que en un principio la invadía, pero que eran insostenibles. Estos sentimientos de ira se pueden expresar de diferentes formas: ira hacia otras personas, ira hacia una institución que haya tenido relación con el objeto perdido, entre otros.

“También podemos sentir culpa, que es ira vuelta hacia uno mismo. Pero nosotros no tenemos la culpa. Si pudiéramos cambiar las cosas, lo haríamos, pero no podemos. La ira afirma que podemos sentir, que hemos amado y que hemos perdido” (Kübler-Ross & Kessler, 2005, p. 31). Lo importante de esta etapa es que el individuo encuentre el dolor de la pérdida y afronte esta ira o culpa sin lastimar o causar daño a sí mismo o alguien más, sea de su entorno o no.

La **negociación** a menudo va acompañada de culpa. Los “ojalás” nos inducen a criticarnos y a cuestionar lo que «creemos» que podríamos haber hecho de otra forma. Es posible que incluso pactemos con el dolor. Haremos cualquier cosa por no sentir el dolor de esta pérdida. Nos quedamos anclados en el pasado, intentando pactar la forma de librarnos del dolor. (Kübler-Ross & Kessler, 2005, p. 32).

Esta etapa ofrece a la persona aferrarse a un alivio temporal en el duelo, donde la persona busca un consuelo momentáneo, que le permite al psiquismo adaptarse a la pérdida del objeto amado, debido a que puede llegar a llenar vacíos que por lo general son dominados por emociones fuertes, por lo cual con frecuencia limitan el sufrimiento del individuo. Le da la seguridad de poder recomponer el orden dentro del desastre que rodea al sujeto. En esta etapa, la psique del individuo cambia los sucesos pasados mientras interioriza lo que pudo haber hecho y no hizo, sin embargo, la psiquis llega al mismo final, la experiencia traumática y catastrófica de la pérdida del objeto amado.

Tras la negociación, nuestra atención se dirige al presente. Aparece la sensación de vacío, y el duelo entra en nuestra vida a un nivel más profundo, mucho más de lo que nos hubiéramos imaginado. Nos parece que esta **etapa depresiva** va a durar para siempre. (Kübler-Ross & Kessler, 2005, p. 35)

La depresión dentro del duelo no es un síntoma de algún trastorno o alteración mental; la depresión es la respuesta ante la pérdida del objeto o ideal amado. Dentro de esta etapa, a la persona la embarga una tristeza absoluta, donde constantemente cuestiona su existencia, muestra un desinterés por todo aquello que antes generaba interés antes de la pérdida e incluso le supone un esfuerzo extraordinario y casi que imposibilitado realizar actividades que conciernen a su bienestar o salud personal.

La pérdida del otro puede sumir a la persona en una depresión profunda, es normal que la persona se sienta deprimida, ya que está siendo consciente de la pérdida que sufre. Esta etapa podría tomarse de forma paradójica como un invitado no deseado que llega en un momento de dolor a la vida del individuo y desaparece cuando se haya cumplido el propósito que es aceptar el vacío y la tristeza de perder a un ser amado.

Los autores explican que “la depresión posee elementos que pueden ser útiles en el duelo. Nos obliga a ir más lentos y nos permite evaluar de forma real la pérdida” (p. 38). Esta etapa, ayuda a que el sujeto pueda levantarse desde la nada para reconstruir su vida después de pasar por el

proceso de duelo tras la pérdida. La persona, al atravesar la depresión como etapa de duelo, explora a profundidad su alma e interioriza la pérdida; cuestión que no realizaría el individuo en una situación normal o cotidiana.

Cabe recalcar en este punto que Freud cuando habla del duelo siempre se encontraba diferenciándolo de la melancolía, al cual podría describirse como un duelo patológico, es decir en la melancolía se percibe al yo como un Yo enfermo, a diferencia del duelo, en la melancolía el sujeto se reprocha de manera humillante pareciendo encontrar satisfacción en este constante sufrimiento de la pérdida. Sin embargo, los autores Teitelbaum y Fukelman (2016) plantean que no existe duelo sin su melancolización, dado a que no conciben la idea de atravesar por el duelo sin transitar por aquella posición melancólica. A diferencia de la melancolía, debido a que esta sucede sin que exista la posibilidad de tramitar un duelo (p. 776).

La culpa también se presenta en el duelo, pero no al punto de reprocharse y despreciarse a sí mismo, es una culpa menos intensa por así decirlo, pero que se considera totalmente normal dado a que el sujeto no logra entender el porqué de aquella pérdida, aterrado por lo real de la muerte. Se presenta también la inhibición la cual Freud menciona que “se manifiesta porque al doliente no le interesa nada, salvo lo relacionado con su ser querido muerto” (Elmiger, 2017, p. 116).

Frente a esta culpa le acompañan mecanismos de defensa tales como la negación, la represión y la inhibición, mencionados anteriormente; y emociones tales como la ira, la tristeza, el sujeto entra en estado depresivo. Jarque & Burgos hablarán de la diferencia entre la depresión y la melancolía, para lo cual mencionan que sí existen reproches en la depresión.

La depresión podemos considerarla reflejada en un daño moral, en una tristeza anímica, acompañada de culpa, que genera un desinterés por lo cotidiano. El sujeto se ve impotente, anímicamente infravalorado y con inhibición, ante todo. Le acompaña una tristeza, un pesimismo y una culpabilidad llena de reproches contra su persona. Una vez constituido este estado, aparecen síntomas corporales asociados. (Jarque & Burgos, 2017, p. 134)

La **aceptación** es la última etapa del duelo. “Se acepta la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente y se reconoce que dicha realidad es la realidad permanente” (Kübler-Ross & Kessler, 2005, p. 39). La persona no le gusta la realidad donde no existe su objeto amado, ni está de acuerdo con ello, pero lo acepta y trata de vivir con esa pérdida, es decir, el individuo comienza a adaptarse a su nueva realidad y sanación del duelo, sin embargo, en algunas ocasiones la sanación es inaccesible.

La sanación se evidencia en la reorganización, en el acto de recordar y el rehacer la vida sin la persona perdida, lo mencionado anteriormente pueda ser difícil e incluso puede presentarse la resistencia a vivir nuevas experiencias, pero, la aceptación, es dar cuenta de que la vida del individuo ha cambiado y que no es posible que el sujeto se mantenga en el pasado, por ende, es importante la aceptación y la readaptación de la vida.

De una extraña forma, a medida que avanzamos en el duelo, la curación nos acerca a la persona que amábamos. Comienza una nueva relación. Aprendemos a vivir con el ser querido que hemos perdido. Empezamos el proceso de reintegración, en el que intentamos recomponer las piezas que se han fragmentado. (Kübler-Ross & Kessler, 2005, p. 40)

La aceptación se presenta de forma gradual y al tiempo de cada persona, de esta manera, la persona puede encontrar la tranquilidad y paz que necesita después de haber pasado por un proceso de duelo. Con la aceptación el individuo puede comenzar a disfrutar de momentos con personas cercanas y disfrutar de lugares que visitaba con la persona perdida sin la necesidad de caer de nuevo en una tristeza profunda por el recuerdo. Nunca se podrá reemplazar a la persona, objeto o ideal perdido, sin embargo, el individuo puede empezar a interactuar o relacionarse con personas nuevas, crear lazos nuevos, porque es necesario que la persona comience a crecer, a evolucionar, donde lo importante es poder vivir, y eso se logra dejando que el proceso de duelo tenga su debido tiempo.

La aceptación que describen los autores como la etapa final, para el psicoanálisis sería el fin del trabajo de duelo: es decir, lograr que el sujeto

pueda afrontar lo real de la pérdida habiendo encontrado los recursos para poder hacerlo. A este punto el sujeto ha logrado desprenderse de este otro, objeto o ideal que ya no existe sin desbordarse, el Yo como menciona Freud vuelve a ser libre, listo para colocar su carga libidinal en algún sustituto que haya encontrado el sujeto.

El proceso de duelo consistiría, para Freud, en desasir toda libido de los enlaces con el objeto amado y desaparecido, cuestión no tan sencilla como se querría. De ahí la importancia del poder curativo del tiempo y de los apoyos que las personas puedan tener por parte de familiares y amigos, desde donde el doliente esté ligado afectivamente para realizar un proceso paulatino de elaboración de la pérdida. (Espinosa, 2017, p. 103)

CAPÍTULO III: EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL DUELO EN MADRES

El hijo idealizado vs. el hijo con anomalía congénita

Freud (1914) presenta el concepto de hijo ideal como aquel que:

Deberá realizar los deseos incumplidos de sus progenitores y llegar a ser un gran hombre o un héroe en el lugar de su padre y, si es hembra, a casarse con un príncipe para la tardía compensación de su madre [...] Se atribuyen al niño todas las percepciones, cosa para lo cual no hallaría quejas, motivo alguno, una observación más severa y se niegan o se olvidan los defectos” (p. 191).

El hijo idealizado se concibe desde el narcisismo y deseo de los padres, ya que los padres colocan sus sueños o deseos incumplidos o insatisfechos sobre ese niño para que este nazca siendo el heredero de todos los deseos frustrados de sus padres. Este hijo idealizado se construye en base a un hijo imaginario el cual surge a partir del deseo materno, la realización de la madre y los sueños y fantasmas conscientes de ambos padres.

Desde la concepción del niño se comienza la atribución de cualidades a este feto que todavía no se ha desarrollado pero que, dentro del plano familiar, ya está incluido en las actividades familiares o lo que se espera de él o ella en el futuro y es en este momento donde se comienza la construcción subjetiva del feto con el vínculo más cercano, en este caso la madre, que es la mayor benefactora de aspiraciones y sueños que le va a adjudicar al niño.

Sin embargo, cuando el bebé presenta el diagnóstico de una enfermedad, discapacidad y/o anomalía, puede causar un trauma y duelo en la madre, donde ella debe hacer frente a este bebé enfermo. En primera instancia, la madre se encapsula en un estado de negación, donde la madre al no aceptar que el hijo presenta una anomalía congénita, comenzará a

realizar una serie de exámenes y estudios para saber la opinión o diagnósticos de diferentes especialistas.

Al recibir el mismo resultado (la llegada de un hijo con anomalía congénita) la madre poco a poco, pasando por un proceso de duelo por supuesto, comienza a aceptar que su hijo va a nacer con una enfermedad que va a padecer toda su vida y también declina la idealización del hijo que deseaba tener, aunque sin antes haber pasado por la angustia que genera el deshacerse de este ideal. En este momento la madre, junto con el padre, toman posturas diferentes para ayudar en el tratamiento o las necesidades que pueda tener el neonato después de su nacimiento.

Durante el proceso de aceptación, algunos padres pueden presentar sentimientos de culpa por la anomalía que padece su hijo y tratan de suprimir o desaparecer este sentimiento de forma diferente cada uno.

Si el padre acepta con serenidad la enfermedad de su hijo, es casi siempre al precio de una enorme culpabilidad: como hombre, como padre, es siempre en alguna medida un fracasado. La madre se siente hasta tal punto comprometida con su niño que le es difícil renunciar. (Mannoni, 2014, p. 21-22)

En algunas ocasiones, tanto la madre como el padre no aceptan la llegada de un hijo con alguna anomalía, lo que causa una conmoción en ellos y comienzan las interrogantes, los reproches, el deseo de no tener ese bebé, esto puede darse tanto en los dos padres como en un solo progenitor, mientras que el otro si acepta y desea continuar con el embarazo. Mannoni (2014) explica que:

El niño no deseado se convierte en aquel que soporta luego mucho amor o mucho odio. En ambos casos se desarrolla en una situación masoquista que no se reconoce, ya que la misión del niño consiste en apelar a la angustia de los padres. (p. 23)

Este significante de “no deseado” puede afectar en demasía a la calidad de vida del niño, porque los padres a largo plazo pueden discutir, pelear por aquella enfermedad que padece el niño y todas las dificultades

que le conciernen, y esto incluso puede provocar maltrato infantil y familiar, lo que puede deteriorar la vida del niño en varios aspectos, en especial en el aspecto psicológico y emocional.

Elaboración del duelo en madres: Viñetas clínicas

Una viñeta clínica es un escrito, una ilustración propia del psicoanálisis en donde el psicólogo clínico extrae de la o las sesiones con el paciente un hilo conductor que sería aquello de lo que se queja el sujeto con respecto o de algún acontecimiento traumático o bien de varios acontecimientos en su vida. Aquel hilo conductor es lo que le permite al psicólogo plantearse si sus intervenciones hicieron algún cambio en la posición subjetiva del paciente.

Brodsky (2001) plantea que “La viñeta ilustra un punto de la teoría, acompaña un desarrollo teórico. No es equivalente a la presentación de un caso. Una viñeta no es una presentación breve, no es asunto de extensión.” Es decir, no es una cuestión de describir fenoménicamente el caso o describir detalladamente las sesiones, se trata de recoger de aquellas sesiones trabajadas lo más importante. La viñeta consta de tres partes: introducción, desarrollo y conclusión.

En la introducción se redactan los datos biográficos del paciente, el motivo de consulta y el número de sesiones. En el desarrollo se transmiten aquellos significantes más relevantes que se presentan durante las sesiones, para esto se toma en cuenta los dichos del paciente en cuanto a su discurso, la repetición de estos significantes, aquello que da cuenta del verdadero motivo de consulta del cual el paciente no está consciente. Estos significantes que se repiten dan cuenta del efecto que han tenido sobre el paciente y por sus consecuencias, pero estas consecuencias suelen ser indescifrables para el propio sujeto pero que pueden abrir interrogantes en su vida. Por último, se redacta aquella intervención que el psicólogo haya hecho durante las sesiones, cómo aquella intervención o intervenciones

condujeron al sujeto a un cambio o a una pregunta que lo lleva a darse cuenta de aquella repetición.

Para un mayor entendimiento de la revisión bibliográfica previamente expuesta, se tomarán cuatro casos abordados en la práctica, elaborados a modo de viñetas clínicas para denotar cómo ha transcurrido en las madres el proceso de duelo en distintos casos, pero con algo en común: el recibimiento del diagnóstico de alguna anomalía congénita en sus recién nacidos. De este modo, se ilustra en las viñetas cómo atravesaron este duelo según su historia y particularidad.

Viñeta 1

Se aborda a L de 32 años, madre de una niña de 5 años quien se encuentra hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiología debido a que nació con una patología cardíaca. L es casada, es médico de profesión junto con su esposo, la niña es la única hija de la pareja.

Se le pregunta a la paciente cómo fue el momento en el que recibió el diagnóstico de la malformación cardíaca con la que nació su hija, menciona que: “apenas el médico me dijo que quería hablar conmigo y con mi esposo, empecé a escuchar de lejos, como si las palabras del médico se desvanecieran”. Este primer momento de impacto provocó en la paciente un mecanismo de defensa, la negación, que consistió en hacer oídos sordos por un momento acerca del diagnóstico el cual fue catastrófico. Teitelbaum & Fukelman (2016) describen este primer tiempo del duelo como un tiempo ligado al efecto sorpresivo e irreparable que ocasiona la pérdida ya que este conmueve al sistema simbólico y deja al sujeto des-sujetado del sistema de representaciones en el que se sostenía (p. 767).

L a continuación de esto, mencionó que no es que no quería escuchar, sino que ella presentía que algo no estaba bien desde el momento en el que la niña nació respirando solo por un lado de la nariz, por lo que cuando ambos padres decidieron hacerle exámenes a profundidad, descubrieron aquella condición cardíaca que padece. Ella comenta que esto

fue muy impactante para ella, de repente todo cambió y dice: “yo no lograba entender por qué me estaba pasando esto, tenía muchas ganas de llorar”.

La paciente menciona que este diagnóstico le cambió la vida. En primer lugar, menciona que como médico aprendió a ser más paciente y más empática con los pacientes ya que considera que muchos doctores a la hora de dar diagnósticos son muy duros y no saben medir sus palabras. A L este diagnóstico en su hija le supuso un cambio en su forma de ser para con los demás, pues ella menciona que se hizo más paciente y empática, cualidades que adquirió debido a que fue su hija quien nació con una anomalía congénita, por lo que en muchas ocasiones para algunas personas les resulta más fácil entender a otras cuando les ocurre lo mismo, es una situación que ella no se imaginó nunca en el embarazo.

La niña era muy deseada por sus padres, ambos querían tener una hija, pero L como madre no contaba con que aquella hija idealizada, es decir una hija sana, se vería interrumpida por el nacimiento de una niña con aquella patología cardíaca. Cabe recalcar que la hija de L no solo padece de esta anomalía, sino que quedó sorda y muda por lo que la madre hace mención de que se han tenido que adaptar a esto y aprender lenguaje de señas para poder comunicarse con la niña. Pero no es lo único a lo que L ha tenido que adaptarse, ella también menciona que: “debido a su malformación cardíaca, difícilmente podríamos viajar a la sierra en familia debido a que la altura le afectaría”. Cuando L mencionó esto, se notó en ella un tono de voz como de decepción, pues ella lo cuenta como si fuera un plan que no podrían hacer juntos dado a la anomalía de su niña.

Actualmente L dice haber superado el sentimiento de angustia que le causó el diagnóstico la primera vez, sin embargo, sigue luchando con aquello que siente cada vez que la niña es hospitalizada. Ella menciona que los médicos no le daban esperanza al principio, lo cual hacía la situación más devastadora para ella. L dice que a pesar de todo le alegra que su hija esté viva y que como padres han encontrado las maneras para adaptarse a ella y seguir adelante: “al principio fue muy duro, lo sigue siendo, pero hemos aprendido mucho de ella y nos seguiremos adaptando a ella como

sea necesario”. Teitelbaum & Fukelman (2016) plantean que la culminación del duelo permite modificar la conexión con el objeto perdido, separar y reponer la investidura libidinal de otros objetos que reemplazan al objeto perdido, que en este caso es la idealización.

Viñeta 2

Me derivan a “K” de 29 años, madre de una recién nacida de la sala de Cuidados Intermedios Neonatales. Recibo quejas del personal médico quienes me mencionan que por más que la llamen, ella no acude a la sala o si va, lo hace muy pocas veces y necesitan que ella esté presente. Su hija recién nacida fue diagnosticada con mielomeningocele, un tipo de espina bífida grave en la que sobresale la médula espinal de la espalda de quien lo padece. La paciente está casada, tiene una hija de dos años y es nutricionista, trabaja como profesional independiente y también dando clases en la universidad.

La primera vez que abordé a la paciente ella me contó cómo se sentía frente al diagnóstico de su hija. “Una espera que su hijo salga sano, me tomó por sorpresa” fueron sus palabras, ya que el diagnóstico lo conoció cuando su hija nació, no durante el embarazo. Ese esperar proviene de la idealización de un hijo lo cual es común en las madres, pero esta idealización se ve interrumpida por aquel hijo real, en este caso la hija con mielomeningocele, diagnóstico que sorprendió no solo a ella sino también a su esposo. Levin (2012) plantea que un hijo antes de nacer es una hipótesis porque soporta la incertidumbre de lo que va a ser, este representa un enigma a partir del cual los padres construirán sus propias hipótesis de cómo será, remitiéndose a la historia simbólica de cada uno (p. 30). Sin embargo, esta hija nació, pero no fue lo esperado, no fue lo que se tenía idealizado.

Ella dice saber todo lo que le espera y menciona que tanto ella como su esposo se vieron afectados con la noticia, sin embargo, hace mención que a ella le afecta más. Cuando le pregunto el por qué, la paciente dice que a una como madre le afecta más porque fue ella quien la cargó por nueve

meses. “K” menciona algo en su discurso que denota una posición desde la culpa porque dice “quizás no tomé suficientes vitaminas, la Dra. me dijo que el ácido fólico se debe tomar antes de embarazarse, no solo durante y yo lo tomé cuando ya estaba embarazada”. Ingalls (1987) y Moos (1989), tomados y citados por Ortega Silva et al. (2005) mencionan algunos puntos que se pueden observar en padres que tienen hijos con algún tipo de discapacidad o enfermedad y entre esos puntos está que se observan ciertos cuestionamientos y autorreproches por parte de la madre del bebé, ya que se siente culpable, siente que falló biológicamente ya que no pudo dar a luz un hijo sano (p. 139). Estos cuestionamientos también aumentan cuando en algún embarazo anterior el hijo concebido nació sin alguna condición médica como lo es el caso de su hija de dos años, por lo que le hace preguntarse a la madre qué hizo mal esta vez, es decir, ella cuestiona su cuerpo y el funcionamiento de este para procrear correctamente.

En cuanto a su ausencia los primeros días en la sala, ella menciona que “yo tenía miedo de ir al hospital porque cada vez que iba me decían sobre algo nuevo que habían descubierto en mi hija”. Invasión por uno y otro diagnóstico, comenta: “me sentía angustiada y desesperada, no paraba de llorar, no quería venir al hospital”. “K” menciona que ella estaba en negación. Esto también se puede ver reflejado cuando en un primer momento ella procuraba no cargar a la bebé porque tenía miedo que se le abra la herida de la espalda y porque además estaba conectado a muchos cables y describía todo lo que tenía que hacer para poder cargarla, como un modo de negarse a ese contacto ocultándolo con el temor de lastimarla. Esto también podría ser interpretado como un rechazo hacia aquella hija que no está sana, pues para ella representaría una carga a su vida.

A lo largo de las sesiones, la paciente me fue comentando cómo los médicos le informaban acerca del avance que estaba teniendo la niña. Todo este progreso la ayudó a sentirse más aliviada. Antes de recibir estas buenas noticias, la paciente parecía irse implicando con esta nueva realidad poco a poco. Comenta que cuando estaba en negación, su esposo fue de gran ayuda para que ella siguiera adelante, ya que le daba palabras de

aliento, además de involucrarse en los procesos de cuidado de su hija. K comenta: “Hay una psicóloga en redes sociales que tiene una hija con síndrome de Down, yo la admiro, además gracias a ella y a su contenido psicológico tomé las fuerzas para empezar a hacerme cargo de mi hija con mielomeningocele porque si ella puede entonces yo también puedo”. Braunstein (2008) plantea que:

El trabajo del duelo, en Freud, debía desembocar, de modo casi "natural", en una aceptación de la inexistencia del objeto perdido, en una inclusión en el yo del vínculo con el ausente y en la disponibilidad de la libido (que se ha retirado sobre el yo) para depositarse en nuevos objetos. (p. 38)

“K” también se ha puesto a buscar por su cuenta videos y guías de padres con hijos nacidos con mielomeningocele, esto le generó una especie de refugio frente a la angustia de la enfermedad, el sentirse identificada con otros padres y el tener el apoyo de su esposo y familia ayudaron a la paciente a elaborar aquel duelo de la pérdida del hijo ideal, finalmente pudo reconocer que estuvo en negación al principio pero así mismo despojarse de este ideal valiéndose de distintos recursos para hacerle frente al diagnóstico de su hija y no quedarse así en un duelo prolongado.

Viñeta 3

En una sala de hospitalización del área de neonatología, abordo a “E”, madre de 37 años quien se encuentra en la sala debido a su hija recién nacida diagnosticada con labio leporino. “E” ha sido abordada anteriormente en dos ocasiones la primera vez por una practicante y la segunda vez por una psicóloga del hospital quien me dio el caso para hacerle seguimiento. La paciente vive con sus dos hijos de otro compromiso y su pareja actual, el padre de la recién nacida.

Antes de abordarla, la practicante me comentó puntos importantes recolectados de aquella primera sesión, con lo que pude conocer que para

“E” el enterarse de este diagnóstico a los 3 meses de embarazo fue impactante, comenta que se asustó y que verla por primera vez fue devastador. Además, la madre mencionó que “estoy pensando en renunciar a mi trabajo porque solo quiero estar pendiente de ella”.

“E” comenta que antes de dar a luz ya sabía que su hija nacería con labio leporino, exactamente al cuarto mes de embarazo. Ella menciona que creía estar preparada dado a que su primera hija si bien no nació con una anomalía, fue diagnosticada con autismo por lo que “E” por algún motivo pensó que podría lidiar con una nueva hija que tuviera algo distinto pero que igual supone un esfuerzo de más de su parte. Sin embargo, cuando su hija nació se vio frente a lo real de la anomalía el cual la dejó sin palabras, ella menciona que: “cuando la vi por primera, me asusté, no era lo mismo saber que venía con labio leporino a verla cara a cara”. Ella no se imaginó que le causaría un gran impacto ver a su recién nacida con esta enfermedad congénita. Elmiger menciona que en el duelo el sujeto es asediado por lo traumático y ante este encuentro la trama significativa que sostiene su subjetividad se desmorona. “E” se desborda al toparse con lo real de la anomalía congénita. “La trama significativa rompe su encadenamiento, y el sujeto en duelo queda vaciado de significantes para enfrentar el agujero de la embestida traumática” (Elmiger, 2010, p. 19).

Cuando “E” había mencionado que por un tiempo pensó en dejar el trabajo cuando estaba embarazada y sabía que su hija nacería con labio leporino, me dice que fue por unos comentarios que le dijeron unas enfermeras con respecto a este diagnóstico: que debería dedicarle el 100% de atención por la condición de la niña y que un trabajo no le iba a dar tiempo. Este es otro momento en el que la paciente se encuentra frente al próximo nacimiento de esta hija que no era lo esperado, desde ya antes de nacer ella le significaba una dificultad por lo que se vio abrumada y sintió el impulso de dejar el trabajo. Finalmente, no lo hizo porque menciona que lo pensó bien y necesitaba tener ingresos junto con su pareja para poder sostener el hogar y todo lo que su hija necesitara.

La paciente que es oriunda de El Triunfo mencionó que prefería quedarse en Guayaquil un tiempo después de que le den el alta y cuando le pregunté la razón, “E” dice: “la gente en mi ciudad habla mucho de los demás, en especial de mí porque tengo una hija con autismo, no quiero que se burlen de mi hija y lo que tiene, la gente es muy cruel, prefiero pasar unos meses en casa de familiares para no dar de qué hablar”. Detrás de aquel acto de protección, existe una madre que no logra hacerle frente al diagnóstico por lo que prefiere “ocultar” momentáneamente a aquella hija que no fue lo esperado o lo idealizado.

“E” se ha valido de tal recurso para poder procesar el duelo, es la forma que encontró por el momento hasta que sucesivamente pueda aceptar la pérdida de aquella idealización y darle un significado a esta recién nacida con una anomalía congénita. Ella menciona que es cuestión de tiempo para poder operar a la niña y que espera poder darle toda la atención posible junto con sus demás hijos.

Viñeta 4

El personal médico de la sala de Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiología me deriva a “M”, madre de 35 años. Su hija recién nacida fue diagnosticada con Síndrome de Down y ya ha sido operada a corazón abierto debido a que también nació con una patología cardíaca. “M” está casada y tiene dos hijos de 4 y 8 años.

La paciente no supo que su hija tenía Síndrome de Down hasta que nació. Ella menciona que ni siquiera tenía conocimiento acerca de qué se trataba esta anomalía, decía no entender. Cuando los médicos le explicaron, “M” menciona que “estuve semanas en donde yo no quería aceptar que mi hija tiene Síndrome de Down y todas las complicaciones que esto trae, no quería hablar con nadie ni escuchar a nadie y por un momento sentí que no la quería”. Para esta madre no había lugar para tantas explicaciones con respecto a esta condición, recordemos que en el duelo se pone en juego esta relación ambivalente de amor/odio, la pérdida de este hijo ideal que

esperaba la madre fue abruptamente desenmascarada por el diagnóstico. También menciona cómo se sintió cuando recibió este diagnóstico: “yo entré en depresión, no paraba de llorar, no tenía ganas de hacer nada, me sentía enojada con Dios, sentía mucho dolor”.

El afecto puede estar estrangulado cuando el impacto atroz del acontecimiento dejó sin palabras a los dolientes. En estas condiciones se encuentran las personas con la sofocación del duelo, no hay lugar para este cuando no hay palabras para nombrar y hablar de pérdida, porque el afecto está ahogado y atrapado por un dolor que tiene paralizado al yo. (Soria, 2014, p. 83)

“M” asegura que apenas vio la sonrisa de la niña, sintió que la amaba y fue esa sonrisa junto con la ayuda de su esposo que logró salir de ese estado de negación en donde solo pasaba llorando, triste y angustiada por el diagnóstico.

Los sentimientos negativos que “M” experimentó son parte de aquel primer momento del duelo, a la paciente le tomó por sorpresa que esta hija sana que esperaba naciera con una anomalía congénita. La paciente dice que “he tenido recaídas emocionales en donde me he sentido bien y luego vuelvo a sentirme triste pero ya no como al principio”. Ahora es consciente de los cuidados que la niña necesita y ella ha conversado con el esposo acerca de estos cambios que se vienen cuando puedan darle de alta.

Aquellos altibajos del duelo los pude observar durante las sesiones, cuando “M” en una sesión estaba angustiada porque los médicos le habían dicho que posiblemente deban operarla otra vez, después de días de haber mostrado un avance procesando este duelo. Finalmente, cuando le dieron de alta comenta que sintió alivio de poder llevarla a casa, “M” se declara como una mujer de bajos recursos quien ha sido enormemente bendecida por su hija, desde que supo que tenía esta anomalía ha recibido ayuda de distintas personas con respecto al coste de cirugía, medicinas, etc. y ella asegura que seguirá recibiendo ayuda y que eso la ha motivado a seguir adelante y asumir finalmente su rol como madre de esta hija con síndrome

de Down, por último la paciente menciona que “ahora estoy muy feliz por mi hija, yo la amo así como es y ella es muy amada también”.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

Enfoque

La presente investigación se realiza bajo el enfoque cualitativo debido a que “utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (Hernández, 2014, p. 7). En este enfoque se presenta una realidad, una subjetividad la cual debe ser hallada para su debida construcción e interpretación. El enfoque cualitativo se caracteriza por un planteamiento del problema no específico que se forma a medida que se desarrolla la investigación, y la teoría que se pretende desarrollar proviene del análisis de los datos recopilados.

Dicho de otra manera, la investigación cualitativa se basa en un proceso inductivo en el que se exploran, describen y generan ideas teóricas. Esta va de lo particular a lo general, del caso por caso hacia la perspectiva más general, por lo que en este tipo de investigación no se contrasta la hipótesis, sino que se va generando a medida que se avanza en la investigación. Hernández (2014, pp. 7-10) plantea que la recolección de datos en el enfoque cualitativo no está estandarizada, es decir, no está predeterminada, sino que consiste en recolectar opiniones, significados, experiencias y otros aspectos subjetivos, es decir del caso por caso. En la presente investigación aquello que se recoge son los dichos de las pacientes a través de las entrevistas realizadas, que consisten en su experiencia atravesando un proceso de duelo.

Una de las más relevantes particularidades de la investigación cualitativa es que plantea a la realidad como específica para cada individuo y puede llegar a ser modificada, por lo tanto, aquella realidad que se estudia no es objetiva. Quienes investigan acumulan conocimientos al participar del fenómeno que se estudia, teniendo en cuenta la singularidad de los individuos involucrados. Los resultados de la investigación cualitativa no pretenden generalizar, de hecho, permiten demostrar que existen distintas

perspectivas del mundo, ya que cada individuo lo construye y lo concibe a su manera a través del inconsciente y sus propias vivencias.

Todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y mediante la investigación, debemos tratar de comprenderla en su contexto. (Hernández, 2014, p. 9)

Cabe recalcar que en la investigación cualitativa no se trata de relatar vivencias, ya que va mucho más allá de eso, más bien se trata de analizar de forma intensiva los casos que sirvan para el estudio. Para que el estudio tenga validez científica es importante considerar las pautas que el investigador debe ejecutar. Creswell (2013) y Neuman (1994) plantean las principales actividades de los investigadores que utilizan el enfoque cualitativo, descritos a continuación.

Como primer punto, el investigador debe adentrarse en el fenómeno de estudio, es decir poseer una mirada interna hacia aquello que se quiere investigar, sin perder la respectiva distancia que debe conservar para una adecuada observación externa de lo que está siendo estudiado. Como segundo punto los autores plantean el ser flexibles al utilizar técnicas de investigación variadas y habilidades sociales, dependiendo de lo que la situación requiera. Las variables que se definan durante la investigación no deben ser manipuladas, pierde sentido y validez, además de la seriedad del investigador. Las descripciones detalladas son esenciales, el investigador debe hacer uso de diagramas, mapas, cuadros, todo aquello que le permita expresarse. Los autores también mencionan la importancia de la empatía, el investigador debe entender a los participantes en estudio, de este modo se obtiene una perspectiva más detallada que permita observar una realidad subjetiva sin alterar los eventos o sucesos descritos.

Paradigma de la investigación

El paradigma al que corresponde esta investigación es el paradigma interpretativo el cual “profundiza en los diferentes motivos de los hechos. No busca la generalización, la realidad es dinámica e interactiva. Tienen en cuenta el comportamiento de los otros/as actuando consecuentemente desde una perspectiva holística” (Ricoy, 2006, p. 16). Este paradigma trata de comprender la realidad, no considera como neutral al conocimiento. Describe los hechos en los que se desenvuelve el evento o acontecimiento y permite realizar una descripción más detallada con respecto al contexto que da paso a la intersubjetividad en la capacitación de la realidad por medio de la recolección de datos los cuales posibilitan el análisis descriptivo.

Dado a que el paradigma interpretativo corresponde al enfoque cualitativo, este busca indagar en la investigación, plantea diseños emergentes y abiertos desde una perspectiva global y contextual. Las conclusiones a las que se llegan durante investigaciones con paradigma interpretativo se relacionan específicamente a un escenario educativo aportando a la comprensión y el conocimiento de situaciones que los individuos deben enfrentar (Ricoy, 2006, p. 17). Lo que se intenta comprender es la realidad de estas madres con respecto al duelo que atravesaron cuando recibieron el diagnóstico de anomalías congénitas en sus recién nacidos, se toman en cuenta sus experiencias y sus dichos, es un estudio de los hechos que las entrevistadas comentan con respecto a las emociones que atravesaron durante el duelo.

Método y tipo de investigación

Este trabajo de titulación corresponde al estudio de alcance descriptivo, el cual es un tipo de investigación que “pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refiere, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas” (Hernández, 2017, p. 92). En esta investigación, aquello que se va a describir es el proceso de duelo que atraviesan las madres de

neonatos frente al diagnóstico de anomalías congénitas, recogiendo información detallada de las entrevistas clínicas con madres que han pasado por un duelo por diagnóstico. Hernández plantea que la investigación de un psicólogo clínico se limitará a medir sus dimensiones en primer lugar, por ejemplo, se quiere describir el proceso de duelo, por lo tanto, las dimensiones en este caso serían los tiempos o etapas del duelo, las anomalías congénitas, los efectos psicológicos del duelo, es importante delimitarlas para más adelante describir el proceso de duelo (p. 92).

El alcance descriptivo de una investigación sirve para demostrar con exactitud el ángulo o la dimensión de un fenómeno, evento, comunidad, contexto o situación. En este tipo de investigación, el investigador debe ser capaz de definir o por lo menos de visualizar qué conceptos, variables o componentes serán medidos y qué o de quién se recolectarán los datos como, por ejemplo, personas, grupos, comunidades, animales, etc. La descripción, aunque puede ser muy a profundidad o medianamente profunda se debe basar en la medición de tan solo uno o varios rasgos del fenómeno a estudiar.

Por otra parte, esta investigación utiliza el método analítico. Los estudios analíticos se distinguen de otros métodos de investigación dado a que estos “pretenden descubrir una hipotética relación entre algún factor de riesgo y un determinado efecto, es decir, pretenden establecer una relación causal entre dos fenómenos naturales” (Veiga de Cabo, et al., 2008, p. 84). Cabe recalcar la importancia de que el investigador no se vea involucrado en el grupo de estudio, debido a que de ese modo prevalece su condición de observador. Este tipo de estudio ofrece una especie de visión más dinámica, como aquello observado en series o películas en donde el espectador relaciona la trama final con escenas que ocurren en el transcurso de estas.

Técnicas e instrumentos

Las técnicas manejadas en esta investigación para la recolección de datos son las mencionadas a continuación:

Observación documental

La observación documental se refiere al marco teórico de la investigación, es decir todos aquellos recursos que el investigador reúne de diversos textos como los son los libros, documentos académicos, informes, revistas, documentos personales, etc. En primer lugar, se parte por una revisión bibliográfica en donde se realizan lecturas profundas para seleccionar los textos adecuados para la investigación correspondiente. Es importante que toda esta bibliografía recolectada, se reúnan todos aquellos fundamentos teóricos que el investigador considere necesario para la elaboración de los capítulos del marco teórico, los cuales le darán fundamento a la investigación.

En el presente trabajo de investigación se hizo uso de los variados textos que se recomiendan para armar un marco teórico, y en su mayoría con base psicoanalítica. Se lo dividió en tres capítulos en donde se fundamenta en primer lugar qué son las anomalías congénitas y cómo se desarrolla el deseo materno, en segundo lugar, se redacta acerca de todo lo que tiene que ver con el duelo, su proceso y sus etapas para finalizar el fundamento teórico con los efectos psicológicos del duelo en madres.

Los autores Münich & Ángeles (1998) recomiendan que, para asegurar la imparcialidad en la investigación, es necesario tomar a consideración ciertos puntos tales como: tomar la bibliografía de fuentes primarias, seleccionar la mejor literatura posible para que sea planteada en la investigación, analizar adecuadamente la información para que no carezca de sentido y realizar aportaciones personales para una mejor sustentación de lo que se está planteando con citas (p. 52).

Entrevista clínica

“La entrevista clínica es una modalidad de la entrevista focalizada, pero en esta se analizan las motivaciones y sentimientos individuales desde el punto de vista psicológico” (Münich & Ángeles, 1998 p. 63). Las entrevistas clínicas se llevaron a cabo con madres de un hospital pediátrico,

quienes fueron seleccionadas debido a la proximidad de sus casos con la investigación correspondiente. Las entrevistas al ser no estructuradas, no se basaron en un guion previamente revisado ni se realizaron preguntas específicas, las sesiones con estas madres iban dirigidas hacia su malestar el cual coincidía con la investigación del trabajo de titulación. Para la recolección de datos se estableció un buen rapport con las madres, lo cual se considera de suma importancia en las entrevistas de cualquier tipo para crear un ambiente de confianza y obtener la colaboración del entrevistado

Población y muestra

La muestra es un subgrupo de la población escogida para el trabajo de investigación. Según Hernández (2017) la muestra es, “En el proceso cualitativo, grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia.” (p. 384). Lo primero que se debe tomar en cuenta al momento de escoger la muestra es el contexto, como investigador se debe plantear en dónde se cree que pueda hallar los casos de interés, este debe ser un lugar accesible para el investigador.

Se escogió un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil debido a que en aquel lugar se encontraban los casos que se necesitaban para la investigación presente. Pero dado al número de madres que se encuentran en el hospital, se debe seleccionar una muestra para que esta pueda ser analizada correctamente y se pueda delimitar el estudio, además de cumplir con los objetivos de investigación. El número de casos va a depender de cuántos el investigador considere que puede manejar de forma realista o aquellos que considere que son los más apropiados. Cabe recalcar que la muestra puede estar compuesta por casos individuales representativos dado a sus cualidades. En la muestra escogida no se consideró alguna sala del hospital en específico, se tomaron los casos de cuatro madres, que habían recibido el diagnóstico de anomalías congénitas en sus hijos y se los analizó a profundidad.

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Presentación de resultados

Categoría	Subcategoría	Viñeta 1	Viñeta 2	Viñeta 3	Viñeta 4
Tiempos del duelo	Tiempo maniaco “Un primer tiempo ligado al efecto sorpresivo e irremediable que la pérdida ocasiona en tanto conmueve al sistema simbólico y deja al sujeto des-sujetado del sistema de representaciones en el que se sostenía” (Teitelbaum & Fukelman, 2016, p. 767)	“apenas el médico me dijo que quería hablar conmigo y con mi esposo, empecé a escuchar de lejos, como si las palabras del médico se desvanecieran” “yo no lograba entender por qué me estaba pasando esto, tenía muchas ganas de llorar”.	“Una espera que su hijo salga sano, me tomó por sorpresa” “yo tenía miedo de ir al hospital porque cada vez que iba me decían sobre algo nuevo que habían descubierto en mi hija”	“cuando la vi por primera vez, me asusté, no era lo mismo saber que venía con labio leporino a verla cara a cara”.	“yo no quería aceptar que mi hija tiene Síndrome de Down y todas las complicaciones que esto trae, no quería hablar con nadie ni escuchar a nadie y por un momento sentí que no la quería”
	Tiempo melancólico “Comprende al trabajo de simbolización que implica un alto gasto de energía, investidura y tiempo. Se ejecuta pieza por pieza y conlleva un displacer doliente. Se trata del retiro de la libido retenida en el yo, retiro libidinal que implica un recorrido por las cadenas significantes en		“Me sentía angustiada y desesperada, no paraba de llorar, no quería venir al hospital” “quizás no tomé suficientes vitaminas, la Dra. me dijo que el ácido fólico se debe tomar antes de embarazarse, no solo durante y yo lo tomé cuando ya estaba	“la gente en mi ciudad habla mucho de los demás, en especial de mí porque tengo una hija con autismo, no quiero que se burlen de mi hija y lo que tiene, la gente es muy cruel, prefiero pasar unos meses en casa de familiares para no dar de qué hablar”	“yo entré en depresión, no paraba de llorar, no tenía ganas de hacer nada, me sentía enojada con Dios, sentía mucho dolor”.

	relación a cada uno de los recuerdos que conmemoran los lazos mantenidos con el objeto. (Teitelbaum & Fukelman, 2016, p. 767)		embarazada”.		
	Culminación del duelo “Permite la modificación de los lazos con el objeto perdido, la separación y el investimento libidinal de otros objetos que sustituyen al perdido” (Teitelbaum & Fukelman, 2016, p. 767)	“al principio fue muy duro, lo sigue siendo, pero hemos aprendido mucho de ella y nos seguiremos adaptando a ella como sea necesario”	“Hay una psicóloga en redes sociales que tiene una hija con síndrome de Down, yo la admiro, además gracias a ella y a su contenido psicológico tomé las fuerzas para empezar a hacerme cargo de mi hija con mielomeningocele porque si ella puede entonces yo también puedo”		“ahora estoy muy feliz por mi hija, yo la amo así como es y ella es muy amada también” “he tenido recaídas emocionales en donde me he sentido bien y luego vuelvo a sentirme triste pero ya no como al principio”.

Tabla 1. Presentación de categoría y subcategorías – Elaborado por la autora (2022)

Análisis de resultados

Categoría: tiempos del duelo

Se toma como categoría para el análisis a los tiempos o momentos del duelo que los autores Teitelbaum y Fukelman plantean, categoría que a su vez se divide en tres subcategorías: tiempo maniaco, tiempo melancólico y culminación del duelo, haciendo un recorrido por el proceso de duelo que atravesaron estas madres y conociendo cómo se posicionaron subjetivamente frente a la falta.

Subcategoría 1: Tiempo maniaco

Se puede evidenciar que las cuatro madres han atravesado por un tiempo maniaco, que está denominado como un primer momento del duelo. En la viñeta 1, la paciente manifestó sentimientos de conmoción y una reacción sorpresiva frente al diagnóstico al mencionar que “apenas el médico me dijo que quería hablar conmigo y con mi esposo, empecé a escuchar de lejos, como si las palabras del médico se desvanecieran” y también hizo mención de su sentir con respecto a la anomalía al decir que “yo no lograba entender por qué me estaba pasando esto, tenía muchas ganas de llorar”, en el cual más allá de un “no entender” se escondía un no querer entender, es decir la negación se manifiesta en el sujeto para evitar la desestabilización del Yo.

En la viñeta 2, la paciente mencionó que “una espera que su hijo salga sano, me tomó por sorpresa”, además de haber manifestado miedo hacia aquello inesperado “yo tenía miedo de ir al hospital porque cada vez que iba me decían sobre algo nuevo que habían descubierto en mi hija”. En la viñeta 3, la madre refirió aquel impacto del encuentro con aquella hija, ella sabía que ya venía con una anomalía congénita sin embargo el confrontamiento con lo real siempre deja al sujeto en una posición de angustia, “cuando la vi por primera vez, me asusté, no era lo mismo saber que venía con labio leporino a verla cara a cara”. En la viñeta 4 se puede

observar la relación ambivalente que tuvo la madre con el objeto o el ideal perdido dado que el sujeto pierde un fragmento del Yo, la paciente mencionó que “yo no quería aceptar que mi hija tiene Síndrome de Down y todas las complicaciones que esto trae, no quería hablar con nadie ni escuchar a nadie y por un momento sentí que no la quería”.

Análisis general

Las cuatro madres se encontraron frente a lo real de la anomalía congénita detectada en sus neonatos, el diagnóstico las ha dejado sin palabras, siendo incapaces de poder significar la pérdida de aquel ideal. Mecanismos de defensa tales como la negación y la represión fueron evidentes en tanto que los registros de lo psíquico quedaron alterados, son las respuestas del sujeto ante lo que ocasiona la falta y aunque estas respuestas varían según la historia de cada sujeto, de cada madre y según cómo han construido su deseo materno, se asemejaron en cuanto a quedar des-sujetadas e imposibilitadas de tramitar en un primer momento la pérdida del hijo idealizado.

Subcategoría 2: Tiempo melancólico

Un segundo momento del duelo, el tiempo melancólico, se pudo observar en tres de las cuatro madres entrevistadas. En la viñeta 1, la madre no hizo mención de algún aspecto que evidencie este tiempo del duelo en el cual se denota el desprendimiento libidinal, es decir cómo esta madre tramitó poco a poco la pérdida. En la viñeta 2, la paciente refirió un estado depresivo, lo cual es común en este tiempo del duelo debido a lo doloroso que resulta para el sujeto desprenderse del objeto amado o ideal en este caso, “me sentía angustiada y desesperada, no paraba de llorar, no quería venir al hospital”, no solo le angustió el diagnóstico, también el lugar al que ella evitaba ir para no encarar a lo real. En este tiempo del duelo, el Yo se encuentra desestructurado debido a que después de haber pasado un

primer tiempo en donde el sujeto queda sin el velo que lo cubría, pasa a reconocer de a poco aquella pérdida lo cual genera displacer precisamente por aquellos tropiezos que se dan en el retiro de la carga libidinal que la madre tenía sobre aquel hijo idealizado. Entonces aparece la culpa, los reproches hacia el Yo, y esto se puede observar cuando dice: “quizás no tomé suficientes vitaminas, la Dra. me dijo que el ácido fólico se debe tomar antes de embarazarse, no solo durante y yo lo tomé cuando ya estaba embarazada”.

En la viñeta 3, se puede evidenciar que esta madre apenas se encontraba intentando tramitar este duelo debido a que ya ha reconocido que su hija tiene labio leporino, sin embargo, le resulta vergonzoso el tener que enfrentarse a la mirada de un Otro juzgador, refirió que “la gente en mi ciudad habla mucho de los demás, en especial de mí porque tengo una hija con autismo, no quiero que se burlen de mi hija y lo que tiene, la gente es muy cruel, prefiero pasar unos meses en casa de familiares para no dar de qué hablar”. En la viñeta 4, se denotó en la madre este trabajo de simbolización del que se habla en este tiempo melancólico, trabajo que conlleva un gasto de energía muy alto lo cual termina por agotar al sujeto, le resulta muy displacentero, esta madre refiere un estado depresivo en aquel proceso: “yo entré en depresión, no paraba de llorar, no tenía ganas de hacer nada, me sentía enojada con Dios, sentía mucho dolor”.

Análisis general

En base a este segundo tiempo, se pudieron observar distintas maneras de procesar la pérdida, a algunas les costó mucho más e incluso se puede decir que les tomó o les estaba tomando más tiempo como es el caso de las madres de las viñetas 2 y 3 respectivamente. También se observaron emociones que comparten las madres durante el trabajo de duelo como la tristeza, enojo, e incluso culpa, esto debido a que como se mencionó, el tiempo melancólico comprende un momento de dolor que proviene del desinvestimento de toda ligadura con el objeto o ideal que se pierde, no es

fácil para el sujeto lograr desprenderse de aquello de lo que obtenía un goce. Para estas madres estos sentimientos negativos fueron una forma de expresión frente a aquello que provocó el dejar atrás una idealización y todas las expectativas que genera la maternidad en un primer momento antes de un diagnóstico de anomalía en sus neonatos. Incluso como es el caso de la madre de la viñeta 4 que no solo manifestó sentir tristeza sino también decepción al expresar que al principio sentía no querer a esta hija con síndrome de Down.

En esta subcategoría la madre de la viñeta 1 durante las sesiones no manifestó en su discurso un tiempo melancólico, por lo que se puede considerar que: a) no lo quiso mencionar por motivos que se desconocen, b) no lo consideró importante dado a que al parecer ya había pasado tiempo de que esta madre haya procesado el duelo y no enfocó tanto su discurso en el pasado o c) ella en una sesión se describió como una mujer fuerte por lo que mencionó que esto la ha ayudado a no caer en depresión frente al diagnóstico que recibió su hija cuando era recién nacida. Es probable que no haya sido posible obtener más información acerca del tiempo melancólico en la paciente, pero en este caso se descarta que no haya atravesado un duelo debido a que en ella si se observó la culminación de este, lo cual será expuesto a continuación.

Subcategoría 3: Culminación del duelo

En cuanto al tercer y último tiempo, la culminación del duelo, se observó que tres de las cuatro madres lograron finalizar este trabajo de duelo, consiguiendo así la modificación de los lazos que las unían con la idealización perdida. En la viñeta 1, la madre refirió que “al principio fue muy duro, lo sigue siendo, pero hemos aprendido mucho de ella y nos seguiremos adaptando a ella como sea necesario”. Esto evidenció que, a pesar de no haberlo mencionado como tal, la paciente si transcurrió por un proceso de duelo ya que refiere que el haber recibido el diagnóstico de la malformación cardiaca en su hija fue duro y que lo sigue siendo, sin

embargo, ella mencionó haberse adaptado a su hija con anomalía congénita, desligándose de lo que alguna vez idealizó, lo cual la lleva nuevamente a desear y gozar de este nuevo objeto de amor.

En la viñeta 2, la madre mencionó que: “Hay una psicóloga en redes sociales que tiene una hija con síndrome de Down, yo la admiro, además gracias a ella y a su contenido psicológico tomé las fuerzas para empezar a hacerme cargo de mi hija con mielomeningocele porque si ella puede entonces yo también puedo”. Esta madre al sentirse identificada con un otro que atravesó un duelo similar al de ella le permitió ver que no era la única en esa situación, la identificación con otros padres le abrió posibilidades de tramitar la pérdida. En la viñeta 3 no se evidenció una culminación del duelo, es probable que sea debido al corto tiempo que había transcurrido desde que nació la niña hasta que se empezaron las sesiones con la madre, además de que se debe tomar en cuenta el impacto que provocó el encuentro con la hija con labio leporino en el primer tiempo maniaco.

En la viñeta 4, la madre mencionó en su discurso que “ahora estoy muy feliz por mi hija, yo la amo así como es y ella es muy amada también”, se evidenció que fue necesario para esta madre pasar por un proceso de duelo, en el cual a pesar de que al principio no quería aceptar que su hija nació con una anomalía congénita y hasta llegó a sentir que no la quería finalmente depositó su carga libidinal sobre esta hija, el cual se convierte en su objeto de deseo. La madre en su discurso también mencionó que: “he tenido recaídas emocionales en donde me he sentido bien y luego vuelvo a sentirme triste pero ya no como al principio”.

Análisis general

Para que exista una culminación del duelo, el sujeto debe atravesar por los tiempos mencionados anteriormente, en otras palabras, el sujeto debe ser capaz de abandonar la posición libidinal que tenía sobre el objeto o ideal perdido y volver a colocar la libido sobre un objeto o ideal nuevo, como sustituyendo a lo que se perdió. Las madres de la viñeta 1, 2 y 4 transitaron

por el dolor que produce la pérdida del hijo ideal, es decir, se observó en ellas el trabajo de duelo, el cual cumplió su función de hacer que estas madres deseen nuevamente y se inscribiera nuevamente la falta en lo simbólico. La función del duelo consiste en orientar nuevamente hacia el deseo que se había perdido en tanto que el trabajo de duelo resulta ser desgastante para el sujeto, y esto se pudo observar en las madres cuando manifestaron en su discurso todas aquellas emociones experimentadas. Ellas como madres sostenían la creencia de que aquel hijo idealizado colmaría su falta, pero se sabe que es imposible llenar el vacío que cada sujeto tiene, no existe objeto o ideal que pueda taponar la falta.

El que estas madres hayan podido poner en palabras aquel dolor, ya significa un cambio en su posición subjetiva frente a la pérdida, por lo que aquellos lazos sostenidos con el ideal perdido se rompen para dar paso así a ser sustituidos por el nuevo objeto de amor. Cabe recalcar que el proceso de duelo no es lineal, cada madre transita aquella pérdida de forma diferente según su historia, y esto se puede ver en las madres entrevistadas, no en todas se pudo observar que se cumplieran todas las etapas del duelo, sin embargo, coinciden con un primer momento sorpresivo y un tiempo melancólico ciertamente prolongado y doloroso.

CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo de investigación se logró describir y responder la pregunta de cómo atraviesan el proceso de duelo las madres de neonatos al recibir el diagnóstico de anomalías congénitas a partir del análisis de los tres tiempos del duelo. Este proceso, a pesar de ser descrito como tormentoso debido al desequilibrio que genera al sujeto que ha llevado una pérdida, se concibe como necesario para el mismo al permitirle desasirse de los lazos que lo unían con el objeto o ideal perdido como en los casos descritos de las madres, en las cuales la libido se aferra a lo perdido y niega a desistir de sus posiciones.

Si bien la investigación se inclina hacia la maternidad, entender el deseo materno desde la triada edípica en donde entra en juego la metáfora paterna resulta esencial, pues denota la relación estragante madre-hijo. Los aspectos psicológicos de la maternidad desarrollados comprenden desde los tiempos del Edipo hasta finalmente el concepto que engloba ser madre. El deseo materno es descrito como estragante dado a que la madre intenta suplir la falta por medio de este deseo de concebir, este hijo es una fuente de goce para ella. El deseo materno se constituye en la mujer desde una edad muy temprana, guarda relación con la figura materna que cada mujer tiene. No necesariamente todas las mujeres tienen configurado este deseo, es más, el concepto de maternidad se ha desligado del concepto de ser mujer por la misma cuestión.

Cuando existe pérdida, no necesariamente se trata del fallecimiento de una persona, de hecho, Freud menciona que el duelo es una reacción natural frente a la pérdida la cual puede ser de un objeto o un ideal. La razón por la que se atraviesa por el duelo es debido a que se depositan sobre estos objetos, ideales o personas una carga libidinal de la cual duele desprenderse al momento de perderlas, porque esto requiere de esfuerzo por parte del sujeto para volver a formar lazos con un nuevo objeto/ideal/persona. Al perder algo, el sujeto atraviesa por un proceso de

duelo el cual es normal, pero va a depender de la estructura de cada sujeto si puede llegar a convertirse en patológico o no el perder algo o a alguien. Muchos autores han dividido al proceso del duelo en etapas, lo cual facilita el entendimiento de lo que ocurre en el sujeto en cada momento de este mismo. Desde las aportaciones de Freud y Lacan acerca de lo que ocurre en el sujeto al atravesar por la pérdida se han podido definir tres tiempos: tiempo maniaco, tiempo melancólico y culminación del duelo. Mientras que, por otro lado, el modelo de Kübler-Ross, divide en cinco etapas al duelo, intentando comprender más a profundidad cuestiones emocionales que experimentan los individuos frente a la pérdida

La pérdida del hijo ideal resulta un enfrentamiento con lo real para las madres, se percatan mediante el recibimiento del diagnóstico que aquel hijo que va a nacer no es el esperado ni el deseado, por lo tanto, no podría colmar su falta como sí podría hacerlo el hijo que idealizó. Las madres de los neonatos diagnosticados que fueron entrevistadas quedaron sin respuestas, se negaron en un primer momento maniaco del duelo a aceptar que no existe el hijo ideal, pues queda herido el yo en su integridad narcisista, porque este hijo idealizado se concibe desde el narcisismo. En un segundo tiempo del duelo, las madres demostraron como poco a poco dejaban de sostenerse de aquel ideal, no sin antes observar que este tiempo melancólico del duelo aflige al sujeto, ellas experimentaron tristeza, ira y culpa. Finalmente, se pudo observar la culminación del duelo en las madres entrevistadas, aunque no en todos los casos. Este proceso culmina cuando el sujeto asume la pérdida, la madre reconoce a aquel hijo con anomalía congénita y su deseo transita hacia este hijo.

Cabe recalcar que ninguna madre atraviesa un proceso de duelo igual a otra, este no es lineal, es decir que no necesariamente existe un orden preestablecido por el cual todo sujeto debe atravesar para poder tramitar la pérdida y esto se puede observar en las cuatro madres que fueron entrevistadas. No todas las madres transitaban por todos los tiempos, cada una como sujeto responde a la pérdida según la singularidad de su caso,

pero es reconociendo y poniendo en palabras aquel dolor es que se logra una correcta tramitación del duelo en las madres.

REFERENCIAS

- Aulestia, R. (2018). *El proceso de duelo en madres tras el diagnóstico de parálisis cerebral infantil en sus hijos e hijas en la Fundación "San Juan de Jerusalén", 2018–2018*. Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16520/1/T-UCE-0007-CPS-029.pdf>
- Barrantes, K., y Cubero, M. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Wimbu*, 9(1), 29-42.
- Bergamo, P., Puigdevall, M., y Lampropulos, M. (2005). Mielomeningocele. *Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol*, 269-283.
- Braunstein, N. (2008). *La memoria, la inventora*. México: Siglo XXI
- Brodsky, G. (2001). *Incidencias memorables en la cura analítica*. X Jornadas Anuales de la Escuela de la Orientación Lacaniana. https://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=jornadas&SubSec=jornadas_eol&File=jornadas_eol/010/noches/brodsky.html
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 163–176. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>
- Cáceres-Manrique, F. D. M., Molina-Marín, G., y Ruiz-Rodríguez, M. (2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*, 14(3), 316-326.
- Cercado, P., y Contreras, J. (2016). *Análisis de las múltiples causas que inciden en el impacto subjetivo de los padres que reciben el diagnóstico de anomalías congénitas de sus hijos en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde en el año 2015-2016*. Repositorio digital de la Universidad Católica de

Santiago

de

Guayaquil.

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5455/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-55.pdf>

Cunalata, P. (2019). *Estrategia de cuidados dirigida a las madres para optimizar la atención en los recién nacidos con malformación congénita en el área de neonatología del Hospital General Docente Ambato*. Repositorio institucional UNIANDES.

<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/10873/1/IFECUAENF012-2019.pdf>

Elmiger, M. E. (2010). La subjetivación del duelo en Freud y Lacan. *Revista Malestar e Subjetivade – Fortaleza*, 10, 13–33.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n1/v10n1a02.pdf>

Elmiger, M. E. (2017). Duelo y melancolía: una lectura posible. En Espinosa, A., García, R., & Stavchansky, L. (Eds.), *Duelo y melancolía. Freud. Conmemoración centenaria* (Primera edición, pp. 98–111). Colección Biblioteca.

Espinosa, A. (2017). Duelo y melancolía. Conmemorando a Freud. México, dolor melancólico. En Espinosa, A., García, R., & Stavchansky, L. (Eds.), *Duelo y melancolía. Freud. Conmemoración centenaria* (Primera edición, pp. 112–122). Colección Biblioteca.

Estrán, B., Iniesta, P., Ruiz-Tagle, P., y Cornide, A. (2018). *Las malformaciones congénitas. Influencia de los factores socioambientales en las diferentes comunidades autónomas*. Universidad de Navarra.
https://www.unav.edu/documents/4889803/17397978/67_Orvalle_Enfermedades+cong%C3%A9nitas.pdf

- Falappa, J. (2012). *Impacto Emocional entre el Hijo Ideal y el Hijo que nace con Síndrome de Down*. Universidad Siglo 21, Repositorio Institucional. <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/10638/TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Freud, S. (1914). LXXXVII. *Introducción al narcisismo*. Obras Completas, 2017-2033.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. Tomo XIV, Obras Completas, pp. 235-255)
- Freud, S. (1933). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. 33ª. conferencia: La feminidad. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu t XXII
- Fontoura, F. C., Cardoso, M. V. L. M. L., Rodrigues, S. E., Almeida, P. C. D., & Carvalho, L. B. (2018). Ansiedad de madres de recién nacidos con malformaciones congénitas en los períodos pre y postnatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2482.3080>
- García, G. (2017). *¿El deseo materno? Deseo de hijo, maternidad y mujer, una perspectiva psicoanalítica*. Biblioteca de la Universidad de San Buenaventura Colombia.
- Glocer, L. (2001). *Lo femenino y el pensamiento complejo*. Buenos Aires, Argentina.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista L. (2014). *Metodología de la investigación*. Observatorio Ambiental de Cartagena de Indias.

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sextaediccion.compressed.pdf>

Jarque, C. & Burgos, L. (2017). Alcohólico Melancólico. En Espinosa, A., García, R., & Stavchansky, L. (Eds.), *Duelo y melancolía. Freud. Conmemoración centenaria* (Primera edición, pp. 129–139). Colección Biblioteca

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga.
https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/32/31277_Sobre_el_duelo_y_el_dolor.pdf

Lacan, J. (1963). *Seminario 10: La angustia*. Bibliopsi.
<https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Seminario-10-La-Angustia-Paidos-BN.pdf>

Levin, E. (2012). *Discapacidad: clínica y educación: los niños del otro espejo*. Buenos Aires: Nueva visión

Mannoni, M. (2014). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós.

Moreira, F. (2020). *Nacimiento de un hijo con discapacidad: una mirada psicoanalítica*. Universidad de la República Uruguay.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30122/1/tfg_florencia_moreiraabril2021.pdf

Münch, L., & Ángeles, E. (1998). *Métodos y técnicas de investigación*. México D. F.: Trillas.

Oliveros, E. (2016). *¿Qué es ser madre para una mujer? Puntuaciones psicoanalíticas de la maternidad*. Biblioteca digital Universidad de Buenaventura.

http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/3432/1/Ser_madre_mujer_oliveros_2016.pdf

- Ortega Silva, P.; Torres Velázquez, L. E.; Reyes Luna, A.; Garrido Garduño, A. (2010). Paternidad: niños con discapacidad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 12 (1), 135-155.
- Pelegrí, M., & Romeu, M. (2011). *El duelo, más allá del dolor*. Portal de Revistas UN. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27228/27505>. pp. 133-148
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Anomalías congénitas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- Karothy, R. (2017). Algunas reflexiones sobre el duelo y la melancolía. En Espinosa, A., García, R., & Stavchansky, L. (Eds.), *Duelo y melancolía. Freud. Conmemoración centenaria* (Primera edición, pp. 13–28). Colección Biblioteca.
- Reis Medeiros, A. C., Leme De Carvalho Vitorino, B., Spoladori, I. C., Maroco, J. C., Menezes Da Silva, V. L., & Salles, M. J. (2021). Sentimiento de la madre al recibir diagnóstico de malformación. *Psicologia em Estudo*, 26. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.45012>
- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação. Revista do Centro de Educação*, vol. 31, núm. 1, 2006, pp. 11-22. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. <https://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf>
- Soria, S. (2014). *Condiciones violentas de duelo y pérdida: un enfoque psicoanalítico*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612014000200006.

- Teitelbaum, A., & Fukelman, G. (2016). *El duelo: un avatar clínico imprescindible. De la pérdida a la falta*. En VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-044/862.pdf>
- UNICEF, Telechea, A., Bidondo, M., Barbero, P., Groisman, B., Piola, A., Liascovich, R. (2020). *Mi bebé nació con una anomalía congénita*. UNICEF. <https://www.unicef.org/argentina/media/8126/file>
- Veiga, J. De la Fuente, E. Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Scielo*. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/aula.pdf>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Oviedo Álvarez Doménica Gabriela**, con C.C: # 0927111518 autora del trabajo de titulación: **El proceso de duelo que atraviesan las madres de neonatos ante el diagnóstico de anomalías congénitas**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **12 de septiembre de 2022**

f. _____

Nombre: **Oviedo Álvarez, Doménica Gabriela**

C.C: **0927111518**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	El proceso de duelo que atraviesan las madres de neonatos ante el diagnóstico de anomalías congénitas		
AUTOR(ES)	Oviedo Álvarez, Doménica Gabriela		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre de 2022	No. DE PÁGINAS:	74
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología, psicoanálisis, duelo		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Proceso de duelo, anomalías congénitas, maternidad, hijo ideal, deseo materno, psicoanálisis		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente trabajo de titulación aborda el proceso de duelo que atraviesan las madres de neonatos frente al diagnóstico de anomalías congénitas. La importancia de la investigación radica en el entendimiento y la validación de las emociones y de todo el proceso que conlleva el abandono de la posición libidinal que las madres tienen sobre aquel hijo idealizado. Esta investigación de tipo cualitativo-descriptivo tiene como finalidad describir el proceso de duelo que padecen las madres de neonatos cuando reciben el diagnóstico de anomalías congénitas mediante el análisis de entrevistas clínicas para establecer los efectos psicológicos del duelo. Los resultados demostraron que no todas las madres atravesaron por los tres tiempos del duelo. Una de cuatro madres no había concluido el duelo, así mismo otra de las madres entrevistadas no demostró haber atravesado por un segundo tiempo del duelo, llegando a la conclusión de que, a pesar de encontrar similitudes en cuanto a emociones experimentadas, cada madre atraviesa el duelo de forma diferente, ya que este no consiste en pasos a seguir que van a determinar si aquella madre pudo o no procesar la pérdida exitosamente.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593987578794	E-mail: domenica2998@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			