



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Psicoterapia Focalizada en duelos de madres de infantes con discapacidad motora por
trastornos del neurodesarrollo

TESIS

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

PRESENTA

Bertha Arrieta Menes

Directora de Tesis

Dra. Bruma Palacios Hernández

Comité Tutorial

Dra. Gabriela López Aymes

Dr. Luis Pérez Álvarez

Dra. Gabriela Ramírez Alvarado

Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail

Cuernavaca, Morelos, México. junio 2026

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

A la Facultad de Psicología y a su Programa de Maestría.

A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación.

Al distinguido comité revisor: Dr. Luis Pérez Álvarez, Dra. Gabriela Ramirez Alvarado,
Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail y Dra. Gabriela López Aymes.

A mis profesoras y profesores de la maestría.

Al Centro de Atención Múltiple que hizo posible el acercamiento al campo y facilitó el
desarrollo de esta investigación.

A las madres participantes por compartir fragmentos de sus historias.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a quienes acompañaron este proceso que a veces fue tormenta, a veces desierto y, de pronto, floración.

A mi directora por acompañarme con respeto, claridad y humanidad. Su guía hizo que este proceso fuera más llevadero y más mío.

A las madres que compartieron sus historias: gracias por su valentía y su verdad. Este trabajo florece gracias a ustedes.

A mi tribu de mujeres: mis madres, mis hermanas, mis sobrinas, mis amigas. Gracias por ser mi raíz y mi refugio. Por celebrar mis avances, por escuchar mis silencios. Cada gesto fue una raíz que me mantuvo en pie. Ustedes son la red que me sostiene, la fuerza que me impulsa y el lugar al que siempre vuelvo. Este trabajo floreció porque estoy rodeada de ustedes.

A mi papá, cuya presencia sigue acompañándome incluso en su ausencia. Gracias por creer siempre en mí, por apoyarme en todo y por desear, por encima de cualquier cosa, mi felicidad. Este logro también es suyo. Su confianza en mí sigue siendo una de las raíces más fuertes en mi vida.

También, gracias a N., D., D. y C. por ayudarme a escribir, a ordenar, a avanzar. Gracias por alentarme a caminar cuando no veía tierra fértil y por ayudarme a sentir que no caminaba sola.

Por último, gracias a todas las personas que, sin darse cuenta, me sostuvieron en este camino: su acompañamiento, sus palabras de aliento y su presencia constante fueron fundamentales para que todo este esfuerzo hoy sea flor.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. ANTECEDENTES.....	10
3. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
4. MARCO TEÓRICO.....	16
4.1 CAPÍTULO I: Método psicoanalítico, terapia focal y terapia breve.....	16
4.2 CAPÍTULO II: La función materna.....	26
4.3 CAPÍTULO III: Discapacidad Motora por Trastornos del Neurodesarrollo: parálisis cerebral y síndrome de West.....	31
4.4 CAPÍTULO IV: Duelo materno: Tener un hijo o hija con discapacidad...	35
5. OBJETIVOS.....	45
5.1 Objetivo general.....	45
5.2 Objetivos específicos.....	45
6. MÉTODO.....	46
6.1 Diseño.....	46
6.2 Muestra/Participantes.....	46
6.3 Escenario.....	47
6.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	48
6.5 Análisis de la información.....	49
7. INTERVENCIÓN.....	50
7.1 Diseño.....	50
7.2 Evaluación.....	50
7.3 Aspectos éticos del estudio.....	50
8. RESULTADOS.....	52
8.1 Presentación de las participantes.....	52
8.1.1 Aurora.....	53
8.1.2 Ofelia.....	54
8.1.3 Paula.....	55
8.2 Desarrollo de la intervención de psicoterapia focal.....	57
8.3 Análisis del discurso materno durante la intervención.....	62
8.3.1 Categoría 1: Idealización del hijo o hija.....	65
8.3.2 Categoría 2: Duelo materno.....	67
8.3.3 Categoría 3: Impacto del duelo en la vida de la madre.....	72
8.3.4 Categoría 4: Elementos terapéuticos.....	75
9. DISCUSIÓN.....	80
10. CONCLUSIONES.....	95
11. REFERENCIAS.....	99

ANEXO.....	104
-------------------	------------

RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito comprender los procesos afectivos implicados en el duelo materno frente al diagnóstico de discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo de su hija/hijo, así como analizar las aportaciones clínicas de una intervención de psicoterapia focal orientada a dicho duelo. La investigación surge ante la escasa literatura que profundiza en la vivencia subjetiva de las madres y en las características que debe tener un abordaje psicoterapéutico con enfoque psicoanalítico para esta población.

Se empleó un diseño cualitativo clínico basado en el análisis de tres casos de madres de infantes con parálisis cerebral infantil y síndrome de West. La intervención consistió en un proceso de psicoterapia focal breve individual, centrado en la delimitación de un foco clínico relacionado con la pérdida del hijo idealizado y las manifestaciones psíquicas del duelo. El material clínico se analizó mediante una matriz categorial construida a partir del marco teórico psicoanalítico y de los objetivos del estudio.

Los resultados muestran que el diagnóstico produce una ruptura significativa en la idealización del hijo, desencadenando un duelo prolongado caracterizado por culpa, ambivalencia, silenciamiento y sobreprotección en las madres. Este duelo impacta el proyecto de vida, el funcionamiento familiar y la disponibilidad emocional para el maternaje. Asimismo, se observó que la psicoterapia focal favoreció procesos de insight, simbolización y reorganización del sentido, permitiendo a las madres resignificar la discapacidad, disminuir la culpa y establecer un vínculo más realista y afectivamente disponible con sus hijos.

Se concluye que la psicoterapia focal constituye una intervención pertinente para el acompañamiento del duelo materno en contextos de discapacidad motora, aportando elementos clínicos relevantes para futuras prácticas e investigaciones.

Palabras clave: duelo materno, discapacidad motora, trastornos del neurodesarrollo, psicoterapia focal breve, estudio de casos.

ABSTRACT

This study aimed to understand the affective processes involved in maternal grief following the diagnosis of motor disability due to neurodevelopmental disorders in their children, as well as to analyze the clinical contributions of a focal psychotherapy intervention oriented toward this grief. The research emerged from the limited literature that explores the subjective experience of mothers and the characteristics that a psychoanalytically informed therapeutic approach should include for this population.

A qualitative clinical design was used, based on the analysis of three case studies of mothers of infants diagnosed with cerebral palsy and West syndrome. The intervention consisted of a brief focal psychotherapy individual process centered on the identification of a clinical focus related to the loss of the idealized child and the psychic manifestations of grief. Clinical material was examined through a categorical matrix constructed from the psychoanalytic theoretical framework and the study's objectives.

Findings indicate that the diagnosis produces a significant rupture in the idealization of the child, triggering a prolonged grief process characterized by guilt, ambivalence, silence, and overprotection. This grief impacts the mothers' life projects, family functioning, and emotional availability for caregiving. The focal psychotherapy intervention facilitated insight, symbolization, and meaning reorganization, allowing mothers to reframe the disability, reduce guilt, and establish a more realistic and emotionally attuned relationship with their children.

It is concluded that focal psychotherapy is a relevant and effective intervention for supporting maternal grief in the context of motor disability, offering clinically valuable elements for future therapeutic practices and research.

Keywords: maternal grief, motor disability, neurodevelopmental disorders, brief focal psychotherapy, case study.

1. INTRODUCCIÓN

La discapacidad motora en la infancia constituye un acontecimiento que transforma profundamente la vida emocional, familiar y social de quienes la atraviesan. Para muchas madres, el diagnóstico de una discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo en su hijo o hija implica una ruptura con las expectativas construidas durante el embarazo y los primeros meses de vida, generando un proceso de duelo que suele permanecer invisibilizado en los discursos médicos y en las políticas públicas. Aunque la literatura ha documentado las implicaciones biomédicas y funcionales de la discapacidad, existe un menor estudio de los procesos subjetivos que viven las madres, especialmente desde una perspectiva psicoanalítica que permita explorar la pérdida del hijo(a) idealizado(a), la reorganización del rol materno y las defensas que emergen ante la confrontación con la nueva realidad (Bronfman, 2023; Harvey, 2015).

En este contexto, la psicoterapia focalizada se presenta como un dispositivo clínico pertinente para abordar conflictos emocionales delimitados, facilitando la simbolización, el insight y la elaboración del duelo. Sin embargo, son escasos los estudios que analizan cómo este tipo de intervención opera específicamente en madres de infantes con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo, y cuáles son los elementos terapéuticos que favorecen transformaciones subjetivas en este grupo (Bruce & Schultz, 2001; Limiñana & Patró, 2004).

El presente estudio surge de la necesidad de comprender estos procesos desde una mirada clínica y cualitativa, integrando el marco teórico psicoanalítico con la experiencia concreta de tres madres que participaron en un proceso de psicoterapia focalizada y breve. A través del análisis de sus discursos y de la evolución emocional observada durante diez sesiones, esta investigación busca aportar elementos teóricos y clínicos que permitan ampliar la comprensión del duelo materno por la discapacidad de un hijo o hija, así como generar insumos para el diseño de intervenciones más sensibles, accesibles y contextualizadas.

Asimismo, este trabajo reconoce que el duelo materno no puede entenderse únicamente desde la dimensión intrapsíquica. Factores como los mandatos de género,

la sobrecarga de cuidados, la falta de corresponsabilidad, la precariedad económica y la ausencia de redes institucionales influyen de manera decisiva en la vivencia emocional de las madres. Por ello, esta tesis también invita a reflexionar sobre la necesidad de desarrollar políticas públicas y dispositivos clínicos que acompañen de manera integral a las familias que enfrentan la discapacidad motora en la infancia.

El objetivo general de esta investigación es analizar los procesos afectivos implicados en el duelo materno frente al diagnóstico de discapacidad motora y explorar las aportaciones clínicas de una intervención de psicoterapia focal orientada a dicho duelo. A partir de este objetivo, se busca contribuir al campo de la psicoterapia breve, al estudio del duelo no normativo y a la comprensión de la maternidad en contextos de vulnerabilidad.

2. ANTECEDENTES

En la literatura más reciente que ha estudiado las vivencias en madres de personas con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo, específicamente por parálisis cerebral y síndrome de West, los hallazgos concuerdan en que dichas madres se ven inmersas en circunstancias y dinámicas familiares y sociales que influyen en su salud y en su bienestar (Smith & Blamires, 2022; Andromeda et al., 2023; Tegegne et al., 2025; Harvey, 2015) . Desde esa perspectiva surge la posibilidad de analizar esas circunstancias y dinámicas profundizando en diversos tópicos que han sido abordados en investigaciones previas, tales como la carga emocional, el estigma, la reorganización del rol materno y los procesos de duelo (Limiñana & Patró, 2004)..

Smith y Blamires (2022), narran que las madres con hijos en condiciones de discapacidad experimentan diversas barreras en el ambiente social y material para desarrollarse personalmente en el ámbito de la salud física, emocional, social e incluso financiera. Las madres hacen frente a diversas vicisitudes tales como: adaptación de su dinámica de vida, sacrificios personales, culpa, acusación cultural, estigma social y marginalización.

El hecho de enfrentarse a las dificultades en el cuidado y crianza infantil, contribuye al detrimento de la salud mental y emocional materna. Tegegne *et al.* (2025), exponen que madres de personas con parálisis cerebral experimentaron conmoción, procesos de duelo, depresión, miedo, constante preocupación por el futuro de sus hijos e hijas, ansiedad, estrés y cansancio extenuante debido al mismo cuidado que deben ofrecerles. Las características de dicha vivencia desembocan en que las madres sientan un gran descanso cuando cuentan con una red de apoyo dentro de la familia o de parte de las instituciones haciendo fuertes conexiones emocionales con quienes brindan este soporte. Contar con una red de apoyo estable propicia incluso una mejor relación con sus hijos e hijas teniendo mayor disposición a procurarles la atención y los cuidados necesarios.

Sin embargo, criar a un hijo o hija con un trastorno neuromuscular no es tarea fácil aún contando con cierta red de apoyo. Rodríguez et al. (2024), reflexionan que los

factores de riesgo para la salud mental en estos padres y madres no han sido suficientemente estudiados. Los anteriores autores, en su estudio “Predictores de sobrecarga en padres de niños con trastornos neuromusculares” ponen de manifiesto que estos cuidadores hacen cara a factores como el desempleo, pérdida o afectación de la relación de pareja, tener un hijo o hija con un nivel grave de dependencia, presencia de sintomatología somática y la satisfacción de vida que se ve afectada por la sobrecarga del esfuerzo exigido por las necesidades de cuidados especiales. Igualmente resaltan que si los cuidadores y cuidadoras son capaces de encontrar aspectos positivos en la crianza de sus hijos e hijas con discapacidad así como si logran superar algunos de los aspectos sociodemográficos a los que se enfrentan, pueden lograr una adaptación psicológica promoviendo sentimientos de recompensa e incrementando su autoestima convirtiéndose en factores de protección de la salud mental de los padres y madres de las niñas y niños con discapacidad.

Por su parte, Du *et al.* (2023) reflexionan que las familias que tienen hijos o hijas con parálisis cerebral tienen un equilibrio emocional menor en comparación a las familias con hijos e hijas sin discapacidad y que sus patrones de comunicación son más evasivos y retraídos, lo que en el largo plazo puede causar problemas de salud mental para dichas familias. Entre todas las dificultades psicosociales anteriormente mencionadas, las madres, quienes suelen ser las principales cuidadoras de estos niños y niñas, se enfrentan a otro factor: el estigma interno. Este término hace referencia a un proceso psicosocial que da inicio con el etiquetado de una persona y conduce al rechazo y al aislamiento social, de tal manera que la persona se ve separada de su entorno por razones físicas o psicológicas, y, a ojos de los demás, pasa de ser una persona multifacética a una persona unidimensional. Se le reduce a un nivel insignificante y se convierte en una fuente de vergüenza social, convirtiéndose en una persona incómoda. Los autores encuentran que existe una relación estadísticamente significativa entre el estigma interno y la carga psicológica causada por la enfermedad en familias con niños con parálisis cerebral reportando una asociación significativa con niveles de depresión.

Por su parte, Andromeda *et al.* (2023) hacen énfasis en el proceso de duelo que viven las madres de estas personas, mencionando que es un proceso que inicia con sentimientos de tristeza y rechazo ante la pérdida del hijo o hija ideal. El duelo continúa prolongadamente con las madres y padres cuestionando la situación y atravesando un momento difícil en el intento de aceptar la nueva realidad familiar.

A pesar de que resulta relativamente evidente que una madre atraviesa por un proceso de duelo ante el diagnóstico de discapacidad motora por algún trastorno del neurodesarrollo en su hijo o hija, la literatura reciente que ha evaluado intervenciones centradas en las experiencias de estas madres se limita tan solo a mencionarlo como uno de los factores psicosociales que merman la calidad de vida de las mismas sin hacer un ahondamiento al trabajo en dicho proceso. Se identifica aún, escasa evidencia sobre la profundización de las características y recomendaciones que podría conformar un proceso psicoterapéutico que atienda el proceso de duelo prolongado en las madres que experimentan estas condiciones.

En contraste, el estudio de las causas y los efectos en la salud psicosocial de quienes tienen a su cuidado personas con discapacidad motora por trastornos del desarrollo parece ser extenso. Sin embargo, la literatura nos muestra que las aproximaciones al tratamiento de la salud mental de dichas personas no lo son tanto. Entre los estudios más recientes, Khoshvaght *et al.* (2021) desarrollan un estudio en el que exponen los beneficios de la terapia centrada en la compasión para madres de hijos e hijas con parálisis cerebral logrando por medio de esta terapia reducir niveles de ansiedad y depresión. También Alibakhshi *et al.* (2024) analizan el impacto de intervenir con un grupo de psicoeducación con esta población logrando también reducir niveles de ansiedad y depresión mejorando niveles de calidad de vida.

3. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021), el 4.9% de la población, equivalente a 6.1 millones de personas, reporta tener alguna discapacidad. La limitación más frecuente es la dificultad para caminar, subir o bajar escaleras, que representa alrededor del 47% de los casos. Esta categoría incluye un amplio rango de condiciones asociadas a alteraciones músculo-esqueléticas y neuromusculares, lo que permite aproximarse a la prevalencia de discapacidades de tipo motriz en el país. Esta información resulta relevante para el presente estudio, dado que las madres participantes enfrentan procesos de duelo vinculados precisamente a las discapacidades motoras derivadas de trastornos del neurodesarrollo de sus hijos, donde las limitaciones en la movilidad (entre otras) constituyen un eje central de la experiencia clínica y emocional de la crianza infantil.

Adicionalmente, la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) en su última edición 2022 reporta por primera vez en México datos sobre la demanda de cuidados en los hogares y las personas que brindan cuidados. Los hallazgos de la ENASIC identifican en un muestreo probabilístico de 6 423 viviendas, a 10.2 millones de personas que reportan discapacidad o dependencia y se encuentran en el rango de 0 a 5 años. Destaca que el 86.3% de las personas con discapacidad o dependencia de 0 a 5 años, son cuidadas por la madre y en el 7.6% de los casos restantes, por la abuela, con actividades que exigen por orden de frecuencia: llevarlos a actividades de estimulación temprana (70.4%), llevarlos a educación inicial, estancia o guardería (60.1%), entre otras. Resulta relevante la evidencia sobre el efecto en la salud física emocional de las personas cuidadoras que la ENASIC (2022) reporta, registrando mayores afectaciones en las cuidadoras mujeres que en los hombres, entre las que se reportan cansancio (39.1% vs 15.2%), disminución del tiempo de sueño (31.7% vs 17.3%), irritabilidad (22.7% vs 7.4%), ánimo deprimido (16.3% vs 6.9%), deterioro de salud física (12.7% vs 6.4%), etc. Estos datos nacionales reflejan una importante diferencia entre sexos del efecto del cuidado de menores de 0 a 5 años con discapacidad y dependencia, resaltando una sobrecarga y asimetría de la responsabilidad del cuidado en las mujeres con mayor deterioro en la salud física y

emocional. A pesar de ser las madres en México las principales cuidadoras de personas en la infancia temprana con discapacidad, sólo un 6.4% de ellas ha recibido terapia para atender la ansiedad, depresión y angustia que presentan, lo cual hace visible la gran brecha en atención en nuestro país y la invisibilización de esta necesidad.

La cuidadora o el cuidador de una niña o niño con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo es, en general, el medio de comunicación que tiene esta persona con su entorno. Este rol de cuidados recae generalmente sobre la madre como lo reportan encuestas nacionales representativas, es por ello que resulta pertinente y necesario generar estrategias de apoyo y en especial orientarlas a la exploración del duelo que frecuentemente resulta de la experiencia de tener un hijo con discapacidad y su afectación psicológica. Resulta importante entender el vínculo que se forma entre las madres y sus hijos con discapacidad, y de esta manera promover en la madre y su hija o hijo una mayor y más efectiva integración a su entorno social, familiar, laboral y educativo.

Los procesos de psicoterapia permiten aportar elementos para dilucidar los factores que están propiciando o imposibilitando la correcta elaboración de un trabajo de duelo y con base en ello, diseñar un plan psicoterapéutico efectivo atendiendo estos factores. Este tipo de intervenciones deben orientarse a disminuir la angustia y riesgo de presentar trastornos afectivos en la madre que obstaculicen el enfrentar los retos de la crianza en escenarios de discapacidad, el refuerzo de la dinámica familiar y las condiciones óptimas para que el niño o niña con discapacidad se desarrolle intelectual y emocionalmente de una manera más saludable. Al respecto, Miralles (2005) menciona que la actitud emocional que los padres proporcionan al bebé y el entorno afectivo en que vive el niño(a) favorece o dificulta el desarrollo cognitivo. La psicoterapia no solamente se menciona en los manuales y guías de apoyo, sino que se recomienda como un método de asistencia para la madre y la familia cuando se tienen que enfrentar a la situación de un hijo(a) con discapacidad.

Este resulta un tema de relevancia pues, la comprensión de la relación entre tener un hijo(a) con discapacidad motora por trastornos en el neurodesarrollo, su

influencia en el vínculo madre-hijo, y cómo ésta afecta a su vez la integración de la madre y del hijo(a) a su medio físico y psíquico, podrá aportar conocimiento sobre la implementación de mejores herramientas para afrontar un duelo materno en un futuro de una manera más efectiva.

Esta investigación aporta un análisis clínico detallado del duelo materno frente al diagnóstico de discapacidad motora desde el marco de la psicoterapia focal, un enfoque poco explorado en la literatura. Si bien existen estudios sobre el duelo parental y sobre intervenciones psicoterapéuticas breves, son escasos los trabajos que articulan ambos campos para comprender cómo se despliega y transforma el duelo en un dispositivo focal. El estudio contribuye así a ampliar el conocimiento sobre los procesos afectivos implicados en este tipo de duelo y, simultáneamente, ofrece evidencia cualitativa sobre la pertinencia de la psicoterapia focal para su abordaje.

Debido a la escasa evidencia de propuestas de tratamientos psicoterapéuticos desde el Enfoque Psicoanalítico surge la pregunta de la presente investigación:

¿Cuáles son las aportaciones clínicas de un proceso de psicoterapia focal breve en la elaboración del duelo materno por la pérdida de la hija o hijo idealizado en madres de infantes con discapacidad motora por trastornos de neurodesarrollo?

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CAPÍTULO I: Método Psicoanalítico, Terapia Focal y Terapia Breve

Con el propósito de organizar la investigación, la propuesta de intervención y de interpretar los hallazgos posteriores, resulta relevante abordar una serie de proposiciones psicoanalíticas como marco referencial de la investigación.

Feist y Feist (2007), en su obra sobre teorías de la personalidad, presentan diversos conceptos fundamentales para comprender la perspectiva psicoanalítica. Entre ellos se encuentran los niveles de la vida mental, los cuales incluyen el inconsciente, el preconscious y la consciencia. El inconsciente alberga impulsos e instintos que, aunque no son accesibles de manera directa, influyen de forma significativa en pensamientos, emociones y conductas. Estos contenidos pueden acceder a la consciencia sólo tras haber sido suficientemente transformados o disfrazados. Por su parte, el preconscious contiene elementos que no son conscientes en un momento dado, pero que pueden llegar a serlo con relativa facilidad, provenientes tanto de la experiencia consciente como del inconsciente. La consciencia, en cambio, se refiere a los contenidos mentales de los que el individuo es plenamente consciente en un momento determinado, siendo el único nivel directamente accesible.

En cuanto a los sustratos de la mente, se distinguen un modelo estructural de una segunda tópica definida por Freud (1923), el ello, el yo y el superyó. El ello constituye la dimensión completamente inconsciente de la personalidad, orientada a la satisfacción inmediata de los impulsos y regida por el principio del placer. El yo, que surge a partir del ello durante la infancia, es la instancia encargada de mediar con la realidad externa y opera bajo el principio de realidad. El superyó, por su parte, integra las normas, valores y exigencias morales internalizadas, orientando la conducta conforme a ideales.

Respecto a la dinámica de la personalidad, se plantea que la conducta humana está motivada por la búsqueda de placer y la reducción de tensiones, a partir de la energía psíquica derivada de los impulsos básicos. Estas pulsiones se agrupan principalmente en dos categorías: las relacionadas con la sexualidad, orientadas a la

obtención de placer, y las vinculadas con la agresividad, dirigidas hacia la destrucción o el retorno a un estado inorgánico.

La ansiedad se define como un estado emocional desagradable acompañado de manifestaciones físicas que alertan sobre un posible peligro; el yo es la instancia encargada de experimentarla y gestionarla. En el ámbito terapéutico, la técnica de la asociación libre tiene como propósito facilitar el acceso a contenidos reprimidos, invitando al paciente a expresar sin censura todos los pensamientos que emergen. Finalmente, la transferencia constituye un elemento central del proceso psicoanalítico, al implicar la proyección de sentimientos intensos —positivos o negativos— hacia el analista durante el tratamiento.

En relación con el método psicoanalítico, Fenichel (2009) señala que el objetivo de la psicoterapia dinámica radica en una aportación de propuesta terapéutica que integra los principios de la teoría psicoanalítica en versiones más breves, en donde se configure un escenario para reconstruir la constelación de fuerzas que dan origen a las manifestaciones del sujeto. Detrás del cuadro psicológico manifiesto, que suele ser cambiante, se encuentran los fundamentos dinámicos que lo sostienen, es decir, los impulsos orientados a la descarga y las fuerzas inhibitorias que los rechazan. En este sentido, la labor del terapeuta se centra en remover los obstáculos que dificultan la expresión más directa de dichas fuerzas.

A partir de estos objetivos, Fenichel (2009) describe dos funciones principales del terapeuta. Por un lado, favorecer la disminución de las resistencias del paciente, principalmente haciéndolas conscientes, ya que con frecuencia estas no son reconocidas o solo se perciben de manera parcial. Por otro lado, el terapeuta busca identificar el significado subyacente de las expresiones del paciente, entendidas como alusiones a contenidos más profundos, y comunicárselo. Cuando la distancia entre lo manifestado y su sentido latente es mínima, puede incluso facilitar al paciente las palabras necesarias para expresar aquellos afectos que están próximos a emerger a la consciencia. Este procedimiento es lo que se denomina interpretación (Fenichel, 2009).

Al cierre de su participación en el 5º Congreso Psicoanalítico Internacional, Sigmund Freud (1993) planteó la necesidad de ampliar el alcance del psicoanálisis, llevándolo más allá de los sectores privilegiados hacia las clases populares, a las que atribuye un mayor grado de sufrimiento neurótico. En este contexto, reconoce las limitaciones del método psicoanalítico en términos de cobertura y alcance. A partir de ello, Freud señala la importancia de adaptar la técnica analítica a las nuevas condiciones sociales, con miras a su desarrollo futuro. En este sentido, sostiene que, independientemente de la forma que adopte una psicoterapia dirigida a la población en general, sus componentes más efectivos seguirán derivando de los principios fundamentales del psicoanálisis (Freud, 1993).

Diversos autores de orientación psicoanalítica aportaron en investigar cuáles serían las técnicas apropiadas para llevar a cabo una psicoterapia breve y que se apegue a los pilares fundamentales de la metodología psicoanalítica. Entre los principales teóricos de la psicoterapia breve y focal se encuentran Leopold Bellak, Michael Balint, Paul Ornstein, Héctor J. Fiorini y David Malan. Para fines de desarrollo del presente capítulo se retomará lo planteado por Fiorini (2004) en su libro “Teoría y técnica de psicoterapias”, por Balint y Ornstein (1986) en su libro “Psicoterapia focal”, por Bellak (2009) en su “Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia” así como lo expuesto por Farré, Hernández y Martínez (1992) en su obra “Psicoterapia psicoanalítica focal y breve, una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado”, dichos textos plantean las bases teóricas y técnicas para llevar a cabo una psicoterapia focal en un periodo relativamente breve.

En relación con este tipo de intervenciones, el trabajo de Farre, Hernández & Martínez (1992) ofrece un análisis sobre la psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Los autores señalan que los inicios de la práctica psicoanalítica pueden entenderse, desde una perspectiva actual, como formas tempranas de lo que hoy se denomina psicoterapia breve. Asimismo, indican que, de manera tradicional, estas técnicas se han asociado principalmente con trastornos emocionales de aparición reciente, especialmente en personas que previamente mostraban un funcionamiento relativamente estable.

No obstante, aunque la implementación tradicional y amplia continúa siendo la indicación ideal, Farre, Hernández & Martínez (1992) advierten que este tipo de casos es poco frecuente en la práctica clínica. A partir de su experiencia, reportan resultados favorables también en situaciones que no son recientes e incluso en aquellas que no se consideran clínicamente leves. En este sentido, proponen que, para llevar a cabo una psicoterapia breve de manera efectiva, es necesario considerar criterios adicionales a los meramente sintomáticos o diagnósticos, tales como la capacidad de insight del paciente —observable en su respuesta a interpretaciones de prueba—, su motivación y la posibilidad de delimitar un foco de trabajo. Estos tres criterios se relacionan con la capacidad de comunicación inconsciente, entendiendo por tal la capacidad que algunos(as) pacientes manifiestan, incluso desde las primeras entrevistas, para comunicar a través de contenidos conscientes una forma de saber implícito acerca de sus conflictos emocionales fundamentales (Farre, Hernández & Martínez, 1992). Esta comunicación, comparada con la respuesta a las primeras interpretaciones, daría una medida relativa de la capacidad de *insight*. Respecto de la motivación, se menciona que tiene que ver con la naturaleza del conflicto, la personalidad del paciente, su estructura psicodinámica, su situación familiar y social, etc., pero que podríamos resumir como un deseo auténtico y sincero de tratarse y una buena disposición para hacerlo.

El último criterio, para los autores casi imprescindible para la indicación de un tratamiento focal y breve es la posibilidad de establecer un foco claramente formulado a partir de las dos o tres primeras entrevistas. Farre, Hernández & Martínez (1992) conceptualizan el foco terapéutico como la articulación de ansiedades y mecanismos de defensa que resultan característicos de la forma en que el paciente establece sus relaciones objetales. Desde esta perspectiva, la focalización implica orientar el trabajo terapéutico hacia la comprensión de estas ansiedades y defensas, preferentemente a partir de la problemática actual que motiva la consulta. De este modo, este modelo propone delimitar una dificultad principal del paciente para abordarla de manera específica durante el proceso terapéutico.

Fiorini (2004), nutre esta definición aportando al análisis la estructura del foco terapéutico. Al respecto, menciona que éste, en la mayoría de los casos, está planteado

por el motivo de consulta pero que al mismo tiempo, se encuentra fuertemente ligado a cierto conflicto nuclear que está siendo exacerbado por el o la paciente. También hace mención que para poder delimitar el foco con una visión más integradora, hay que tomar en cuenta las necesidades de la etapa evolutiva en que se encuentra el o la paciente, así como sus condiciones económicas, laborales, culturales e ideológicas que pueden intervenir de distintas maneras en el malestar de quien se presenta.

Farre, Hernández & Martínez (1992) señalan que, cuando el terapeuta realiza una adecuada delimitación del foco clínico, el trabajo terapéutico puede organizarse en torno a este, integrando el material que emerge en las sesiones para retomarlo desde distintas perspectivas. Esto permite profundizar en su comprensión, enriquecer su elaboración y favorecer que el paciente lo reconozca como algo presente y significativo en diversas áreas de su vida.

Fiorini (2004) propone una secuencia para el abordaje del foco durante las sesiones terapéuticas. En primer lugar, el paciente inicia con un relato poco estructurado, integrado por experiencias recientes, recuerdos, observaciones sobre otros y vivencias personales. Posteriormente, el terapeuta interviene orientando el discurso mediante preguntas o reformulaciones que resaltan ciertos elementos relevantes en relación con la situación-foco. A partir de esta intervención, el paciente comienza a trabajar sobre la nueva dirección propuesta, generando asociaciones y ampliando los aspectos señalados. Finalmente, las intervenciones del terapeuta se dirigen tanto a profundizar en componentes específicos de la situación como a establecer conexiones entre ellos, favoreciendo una comprensión más integrada del conjunto.

Con respecto al impacto de la psicoterapia psicoanalítica breve, Farre, Hernández & Martínez (1992) sostienen que, a diferencia del psicoanálisis que está orientado a una exploración profunda de los conflictos y a una reestructuración amplia de la personalidad, esta modalidad terapéutica se centra en el abordaje de problemáticas más delimitadas y de menor profundidad. Desde este enfoque, se plantea que el trabajo sobre estos aspectos específicos puede incidir de manera indirecta en la transformación de conflictos más profundos, sin requerir un tratamiento prolongado o intensivo.

Al respecto, Leopold Bellak, en su destacado *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia* (2009), señala que, cuando las intervenciones se formulan con un lenguaje y estilo adecuados, en este tipo de procesos terapéuticos es posible ir más allá de la contención de la situación inmediata. En estos casos, pueden iniciarse ciertos cambios de tipo estructural y dinámico, aunque sean de alcance limitado, los cuales, según su experiencia, en otros contextos podrían requerir varios años para lograrse.

Fiorini (2004) abona al punto sosteniendo que con la técnica de focalización en terapia se pueden obtener modificaciones dinámicas de un alcance mayor que tan solo la remisión de los síntomas, al respecto menciona las siguientes: alivio de los síntomas, manejo de defensas más adaptativas, mayor adaptación al contexto, mejoras en la autoestima, incremento en la autoconciencia, aplicación en las perspectivas del proyecto vital.

Balint y Ornstein (1986) subrayan que, para realizar observaciones clínicamente relevantes, el terapeuta debe contar con una teoría provisional que le permita organizar lo que observa, así como confirmar o descartar sus hipótesis. Asimismo, plantean que es necesario un trabajo conjunto con cada paciente para identificar la teoría psicoanalítica que subyace a los distintos aspectos de su discurso. En el marco de la psicoterapia focal, esta comprensión se concentra en un tema específico del material del paciente, denominado foco. En este contexto, la tarea del terapeuta consiste tanto en identificar el foco más pertinente entre los que emergen en el discurso, como en abordarlo de manera sostenida y coherente mediante la interpretación. En este estudio, el foco se centra en el proceso de duelo materno experimentado en una madre con una hija o hijo con discapacidad del neurodesarrollo.

Balint y Ornstein (1986) señalan que la atmósfera en la psicoterapia focal puede comprenderse desde la perspectiva del paciente y del terapeuta. Desde el lado del paciente, se observa un intento por revivir en el presente aspectos de conflictos pasados que no han sido resueltos, buscando expresarlos de una manera que no genere nuevamente malestar. En este proceso, el terapeuta puede llegar a representar figuras significativas de etapas tempranas de su vida. Por parte del terapeuta, la atmósfera se caracteriza por facilitar que esta experiencia tenga lugar, promoviendo el

recuerdo, la reflexión y la conexión entre el pasado y el presente. De este modo, se favorece que el paciente encuentre nuevas formas de elaborar sus conflictos. En el contexto de la psicoterapia focal, la interpretación se dirige selectivamente a aquellos elementos del material del paciente que contribuyen al trabajo sobre el foco previamente establecido.

Bellak (2009) describe su enfoque de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) como una intervención centrada y sistemática que prioriza los aspectos más relevantes del trastorno presentado. En este sentido, busca identificar un punto central que permita comprender por qué el paciente acude a consulta en ese momento específico, estableciendo vínculos entre el presente y las experiencias pasadas, tal como lo propone la tradición psicoanalítica. Esta concepción coincide con los planteamientos de la psicoterapia focal, donde el foco clínico funciona como eje organizador del trabajo terapéutico (Fiorini, 2015; Farre et al., 1992). Desde esta perspectiva, los síntomas son entendidos como intentos del individuo por resolver conflictos, enfrentar la ansiedad o compensar déficits, lo cual también ha sido señalado en la literatura psicodinámica (Díaz, 1998; Balint & Ornstein, 1986). Por ello, el tratamiento se orienta a favorecer el desarrollo de recursos más eficaces para afrontar la realidad. Asimismo, la terapia es concebida como un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje, enfocado en modificar patrones adquiridos de manera inadecuada (Bellak, 2009).

La PBIU para Bellak (2009) considera las defensas y las funciones del yo como elementos centrales del proceso terapéutico, y su esencia no radica en una duración específica, sino en su carácter focalizado y estructurado. Esta concepción coincide con los planteamientos de la psicoterapia focal, donde el foco clínico opera como eje organizador del trabajo terapéutico (Fiorini, 2015; Farre et al., 1992). Además, sus efectos pueden extenderse más allá del problema inicial, generando cambios positivos en otras áreas del funcionamiento del paciente, a manera de una reacción en cadena. Desde la perspectiva psicodinámica, este tipo de intervenciones se apoya en la comprensión de los síntomas como intentos del individuo por resolver conflictos o enfrentar la ansiedad (Díaz, 1998). Finalmente, este enfoque presenta un amplio rango

de aplicación, ya que la selección se centra en el problema a tratar más que en las características del paciente (Bellak, 2009).

Con el fin de desarrollar un trabajo consistente en psicoterapia focal, Balint y Ornstein (1986) señalan que esta modalidad no resulta adecuada para todos los pacientes, por lo que proponen ciertos criterios clínicos para su selección. En primer lugar, el paciente debe mostrar la capacidad de establecer una alianza terapéutica viable, lo suficientemente sólida como para sostener las tensiones propias del proceso, evaluada en función de las demandas específicas del tratamiento. Asimismo, es indispensable la presencia de motivación, entendida como un conflicto activo entre la enfermedad y otros aspectos de la personalidad, de modo que la problemática conserve un carácter egodistónico y no sea plenamente aceptada por el yo. También se requiere que el paciente pueda trabajar de manera constructiva con interpretaciones provisionales, aunque no las asuma necesariamente como válidas, lo cual puede explorarse mediante intervenciones que incrementen la tensión durante el periodo diagnóstico. Finalmente, los autores destacan la importancia de delimitar un foco terapéutico a más tardar entre la tercera y la cuarta sesión, lo que permite alcanzar una comprensión suficientemente profunda y confiable para orientar el proceso.

Por su parte, Farre, Hernández, y Martínez (1992) plantean una serie de criterios de exclusión para la psicoterapia focal en determinados casos. Entre ellos se encuentran los intentos suicidas, la presencia de conductas actuadas graves o reiteradas, especialmente de carácter destructivo o autodestructivo, la drogadicción y las perversiones. Asimismo, consideran inapropiados los casos con hospitalizaciones prolongadas, trastornos obsesivos o fóbicos crónicos e incapacitantes, así como enfermedades psicosomáticas altamente estructuradas. También incluyen como criterios de exclusión la existencia de beneficios secundarios consolidados, una marcada tendencia a la dependencia que pudiera verse reforzada en el contexto de una terapia breve, y la presencia (o el riesgo significativo) de descompensaciones melancólicas o psicóticas.

Dentro de los aspectos técnicos relevantes en el inicio de la psicoterapia breve, Fiorini (2004) destaca la importancia del diagnóstico, la clarificación del problema, el

fortalecimiento de la motivación, el ajuste de expectativas entre paciente y terapeuta, y el establecimiento de un contrato terapéutico. En este proceso, resulta fundamental el análisis de las funciones yoicas, ya que, según el autor, el éxito o fracaso del tratamiento depende en gran medida de la plasticidad de esta estructura de la personalidad.

Las funciones del yo regulan la relación del individuo con la realidad y su capacidad de adaptación; por ello, el yo puede concebirse como un punto de apoyo desde el cual orientar el diagnóstico, el pronóstico y la intervención terapéutica, favoreciendo así un replanteamiento en la forma en que la persona comprende su experiencia. En la terapia breve, el trabajo se dirige tanto a fortalecer las funciones yoicas adaptativas como a identificar aquellas que resultan ineficaces, explorando las razones de su dificultad. En este sentido, el espacio terapéutico debe constituirse como un contexto que estimule el desarrollo y disponibilidad de dichas funciones. El terapeuta asume un rol activo como guía, proporcionando estímulos, modelos, refuerzos y estrategias correctivas. Asimismo, las experiencias fuera del encuadre terapéutico también contribuyen como elementos que refuerzan lo trabajado en sesión. Un aspecto central del proceso consiste en diferenciar de manera constante entre las condiciones de la realidad y las distorsiones provenientes del mundo interno, lo cual favorece la consolidación de un yo con mayor capacidad de observación objetiva (Fiorini, 2004).

Por otra parte, Fiorini (2004) enfatiza que el objeto de la psicoterapia no es el individuo aislado, sino una persona inserta en contextos y relaciones específicas, lo que implica reconocer la diversidad de factores de cambio y sus efectos. En consecuencia, la evaluación de los resultados terapéuticos debe considerar múltiples ámbitos y niveles de intervención. Entre ellos, se incluyen la disminución o remisión de síntomas, los cambios en el uso de mecanismos de defensa, la mejora en las relaciones interpersonales, el desarrollo de una autoestima más ajustada, las modificaciones en el comportamiento de personas cercanas, el incremento en la eficacia en áreas adaptativas como la planificación o el ocio, y la ampliación de la conciencia sobre las propias capacidades y limitaciones (Fiorini, 2004).

En desarrollos más recientes, el mismo autor (Fiorini, 2015) amplía la comprensión del trabajo focal al articularlo con la noción de situación y proyecto terapéutico, subrayando que la intervención no solo delimita un foco clínico, sino que orienta un proceso de transformación subjetiva en un tiempo limitado. Esta actualización complementa los planteamientos clásicos del autor sobre la reorganización afectiva y la movilización de recursos yoicos en contextos de conflicto y pérdida.

La perspectiva teórica y metodológica adoptada en este estudio también coincide con lo planteado por Ávila y Poch (2012), quienes destacan que la investigación en psicoterapia implica articular la experiencia clínica con la producción de conocimiento, privilegiando la comprensión profunda de los procesos subjetivos y relacionales implicados en el cambio terapéutico.

4.2 CAPÍTULO II: La Función Materna

Eckerd (2022) plantea que la maternidad no puede comprenderse únicamente desde determinismos biológicos, sino como una posición subjetiva atravesada por condiciones sociales, afectivas y simbólicas. Desde esta perspectiva, la función materna implica un proceso de construcción que se configura en la relación de una madre con el hijo o la hija, y que se ve profundamente influido por las experiencias previas, los mandatos culturales y las circunstancias vitales de cada mujer. La autora destaca que la maternidad se constituye como un espacio donde se articulan significaciones, expectativas y afectos que dan forma a la experiencia subjetiva.

Asimismo, Eckerd (2022) subraya que los cuidados maternos representan uno de los primeros escenarios de constitución subjetiva, en tanto permiten la emergencia de vínculos, significados y modos de relación que se inscriben en la historia emocional del niño o la niña. En este sentido, diferencia entre el hecho biológico de ser madre y la función materna como una posición simbólica y relacional que se construye en la interacción cotidiana, donde intervienen tanto elementos afectivos como culturales.

En este marco, el infante, al nacer con necesidades biológicas, depende de los vínculos con otros, especialmente del entorno familiar, para su satisfacción. Por ello, el sentimiento materno puede comprenderse más como una función social de cuidado y protección que como una respuesta puramente instintiva. Al respecto, Bronfman (2023), explica que lo materno puede entenderse como una matriz originaria orientada a dar vida y sostenerla; sin embargo, su carácter delicado implica que, si no cuenta con el cuidado y apoyo adecuados, puede derivar en efectos contrarios. Aunque la función materna suele idealizarse, sobre todo en entornos latinoamericanos con elevada carga de exigencia social hacia las mujeres en sus roles maternos y de cuidadoras efecto del *marianismo* mexicano, esta carga puede resultar profundamente demandante y con efectos negativos en su salud mental por la incapacidad de cumplir los ideales maternos (Larra y Torres, 2026). Esto se incrementa especialmente en el contexto actual, donde muchas mujeres han perdido espacios de referencia, redes de encuentro y apoyo mutuo, lo que conduce a experiencias de crianza en condiciones de aislamiento. A partir de la revisión de distintos enfoques, tanto biológicos como

psicológicos, se propone un recorrido complejo sobre la relevancia de materner y el papel fundamental de la figura de apego.

Tres autores destacan en su revisión sobre el maternaje, una de las principales autoras psicoanalistas es Marie Langer(1964) con postulaciones hechas acerca de lo que significa para una mujer la maternidad durante el embarazo, Rene Spitz (1972) quien enfoca su teoría en el primer año de vida del niño, durante el cual, la función de la madre es de vital importancia para el bebé, Winnicott (1960) planteando que la función materna implica una disponibilidad emocional que permite sostener y contener al infante en sus primeras experiencias subjetivas y Bion (1961) con los conceptos de contenido y continente asociados a la función materna.

Para Winnicott (1960), la capacidad de disponibilidad emocional depende del estado emocional de la madre y puede verse comprometida cuando atraviesa conflictos internos no elaborados, como el duelo por la pérdida del hijo idealizado. En este sentido, el duelo puede interferir en la función de sostén y en la posibilidad de ofrecer un ambiente facilitador.

Si bien Marie Langer (1964) plantea que el deseo de maternidad tiene una base fundamentalmente biológica y que el instinto maternal constituye un eje central en la sexualidad femenina, estas afirmaciones han sido ampliamente revisadas desde perspectivas más actuales. Principalmente, la idea de un instinto materno universal y determinante ha sido cuestionada por enfoques que subrayan el carácter histórico, social y simbólico de la maternidad. Propuestas más recientes del psicoanálisis, han sugerido que el deseo de tener hijos no se entiende como una necesidad psicológica y biológica fija, sino como una construcción en la que intervienen factores inconscientes, pero también condiciones culturales, vínculos tempranos, ideales sociales y posicionamientos subjetivos. En este sentido, la maternidad deja de concebirse como un destino natural de la mujer y pasa a pensarse como una posibilidad dentro de múltiples formas de subjetivación. Tal como plantea Harvey (2015), la experiencia materna no deriva de una esencia biológica, sino que se configura en la intersección entre deseo, condiciones sociales y procesos psíquicos singulares. Desde una perspectiva psicoanalítica, Querida (2024) también subraya que lo materno se

constituye como una posición subjetiva atravesada por el deseo inconsciente, lo que refuerza la idea de que no puede reducirse a un mandato natural o biológico. Aunque Lebovici (1987) se centra en la psicopatología del bebé y las interacciones tempranas, su trabajo aporta importantes comprensiones sobre cómo la función materna implica procesos relacionales y simbólicos que exceden cualquier determinación biológica.

Si bien Marie Langer (1964) plantea el deseo de maternidad desde una perspectiva que da prioridad a lo biológico que en la actualidad resulta insuficiente para comprender la experiencia materna, sus aportaciones resultan relevantes al destacar la dimensión inconsciente de la maternidad. En este sentido, el hijo o hija no se configura únicamente como un sujeto real, sino también como un depositario de deseos, identificaciones y fantasías. Se pueden mencionar principalmente la posibilidad de reparación, la propia identidad femenina y la elaboración de los vínculos tempranos con la madre. Asimismo, la autora reconoce la presencia de ambivalencias en la experiencia materna, en la que existen al mismo tiempo expectativas idealizadas, ansiedad y conflicto psíquico. Desde este punto de vista, el embarazo puede comprenderse como un momento de intensa carga emocional, en el que existen múltiples proyecciones sobre el hijo o hija por venir. Estos elementos permiten comprender que el nacimiento de un hijo o hija con discapacidad puede implicar una ruptura significativa entre el hijo(a) imaginado(a) y el hijo(a) real, dando lugar a procesos de duelo asociados no sólo a la condición del infante, sino también a la pérdida de las expectativas, fantasías y significaciones previamente construidas en torno a la maternidad.

Freud (1923) señala que, en el inicio de la vida psíquica, los padres depositan en el hijo una fuerte carga narcisista, idealizándolo como un ser perfecto y portador de todas las posibilidades. A este niño imaginado lo denomina “su majestad el bebé”, expresión que alude al lugar privilegiado que ocupa en el deseo parental y a las expectativas de perfección que se proyectan sobre él. Esta idealización constituye un organizador fundamental del vínculo temprano, pero también se convierte en un punto de fractura cuando el desarrollo real del niño no coincide con ese ideal anticipado, como ocurre en el caso de la discapacidad. La caída de esta imagen idealizada inaugura un proceso de duelo que atraviesa profundamente la experiencia materna.

La idea freudiana del “bebé perfecto” encuentra un desarrollo más amplio en la obra de Françoise Dolto, quien profundiza en la dimensión fantasmática que los padres construyen alrededor del hijo esperado. Dolto (1971) señala que el niño imaginado ocupa un lugar central en el deseo parental y funciona como depositario de expectativas narcisistas que organizan la relación temprana. Cuando el bebé real no coincide con ese ideal, como ocurre en situaciones de discapacidad, se produce una fractura en la imagen anticipada, dando lugar a sentimientos de rechazo, ambivalencia, sufrimiento, culpa y un proceso de duelo por el “bebé perfecto” que no llegó. Esta perspectiva complementa la noción freudiana de “su majestad el bebé” y permite comprender la complejidad afectiva que atraviesan las madres ante el impacto del diagnóstico.

En este sentido, la perspectiva de Lebovici (1987), sugiere que la maternidad implica no sólo el nacimiento de un hijo o hija en términos biológicos, sino también la implicación psíquica anticipada de éste(a). Antes de su llegada, el o la infante ya ocupa un lugar en el mundo interno de la madre, cargado de fantasías, expectativas y significaciones que se inscriben tanto en su historia personal como en la trama familiar. En este sentido, el hijo(a) es, en un primer momento, un objeto imaginado que posteriormente se confronta con la realidad. Asimismo, el vínculo madre-bebé se configura a partir de un proceso interactivo, en el que la madre no sólo atiende las necesidades del o la infante, sino que también interpreta, organiza y da sentido a sus interacciones con el mundo que le rodea. Esta mediación resulta fundamental para la constitución psíquica de la niña o niño, así como también se constituye en un escenario donde hay una presencia materna y paterna de expectativas respecto a su desarrollo.

Continúa Lebovici (1987) señalando que, durante el embarazo, la madre construye un(a) “niño(a) imaginario(a)”, conformado(a) por fantasías, deseos y representaciones inconscientes. Tras el nacimiento, este(a) niño(a) imaginado(a) se confronta con el/la niño(a) real, lo que implica un proceso de ajuste psíquico para la madre. En situaciones donde el recién nacido presenta alguna discapacidad, esta distancia puede intensificarse, dando lugar a un proceso de duelo por la pérdida del hijo fantaseado y la dificultad de aceptar la realidad y permanencia de la discapacidad.

Dicho proceso no sólo involucra la experiencia actual, sino que también se encuentra atravesado por elementos de la historia intergeneracional y por las representaciones inconscientes que estructuran la función materna.

Desde la perspectiva psicoanalítica de Spitz (1969) se destaca la asimetría entre la estructura psíquica de la madre y la del recién nacido. Mientras la madre posee una organización psíquica relativamente integrada, el infante depende inicialmente del vínculo con el otro para su constitución. En este sentido, el desarrollo temprano se encuentra fuertemente influido por el “clima emocional” que la madre establece en la relación, el cual se configura a partir de sus propios afectos, historia y condiciones psíquicas.

Spitz (1969) subraya el carácter narcisista de la relación materna temprana, en tanto el bebé, antes y después del nacimiento, es investido(a) como una extensión del propio cuerpo. De este modo, los logros del niño o la niña pueden ser vividos como propios, al igual que sus dificultades, que pueden experimentarse como fallas personales. Esta dimensión resulta relevante para comprender que, en situaciones como el nacimiento de un hijo con discapacidad que es una experiencia central en el presente estudio, no sólo se pone en juego la adaptación de una madre a una condición objetiva, sino también una afectación del narcisismo materno, lo cual puede dar lugar a intensos y prolongados procesos de duelo materno.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la función materna también puede comprenderse a partir del modelo continente-contenido propuesto por Bion. El autor plantea que la madre opera como un continente capaz de recibir, transformar y devolver al bebé los estados emocionales que este aún no puede procesar por sí mismo (Bion, 1961). Esta capacidad de contención constituye un soporte fundamental para la integración psíquica temprana y para la regulación afectiva, especialmente en situaciones de angustia o desorganización. En el contexto de la discapacidad, esta función puede verse tensionada por el impacto emocional del diagnóstico y por las exigencias subjetivas que recaen sobre la madre, lo que vuelve especialmente relevante la comprensión de los procesos de contención y su posible fragilización.

4.3 CAPÍTULO III: Discapacidad Motora por Trastornos del Neurodesarrollo: Parálisis Cerebral y Síndrome de West.

El Consejo Nacional de Fomento Educativo [CONAFE] (2010) en su *guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*, señala que la discapacidad neuromotora se refiere a una alteración en la capacidad de movimiento que puede afectar, en distintos grados, funciones como el desplazamiento, la manipulación y la respiración, limitando el desarrollo personal y social de la persona. Esta condición puede originarse por alteraciones en músculos, huesos o articulaciones, así como por daños en el cerebro que comprometen las áreas responsables del control motor, dificultando la realización de movimientos adecuados o la ejecución precisa de habilidades motoras finas. Así mismo divide la discapacidad motriz en dos tipos de trastornos: los físicos periféricos y los neurológicos; los primeros afectan a nivel de huesos, articulaciones, extremidades y músculos; los segundos implican un daño en la corteza motora cerebral. En el presente capítulo se centrará en el abordaje de dos tipos de discapacidad motora: el síndrome de West y la parálisis cerebral (PC).

En México, la parálisis cerebral constituye una de las principales causas de discapacidad motora en la infancia. De acuerdo con estimaciones nacionales, su prevalencia oscila entre 2 y 3 por cada 1,000 nacidos vivos (Secretaría de Salud, 2023), mientras que los datos del INEGI (2021) muestran que las limitaciones para caminar, subir o bajar escaleras, categoría que incluye a muchas personas con PC, representan el 47% de las discapacidades reportadas en el país. Además, estudios recientes muestran la relevancia clínica y social de esta condición en instituciones especializadas como APAC (Caspeta-Gómez, 2025).

En cuanto al síndrome de West, se trata de una encefalopatía epiléptica de baja frecuencia, con una prevalencia global estimada entre 1.6 y 4.5 por cada 10,000 nacidos vivos (Orphanet, 2024). Aunque en México no existen cifras epidemiológicas nacionales actualizadas, estudios recientes en la región latinoamericana, como el de Díaz (2025), permiten dimensionar la complejidad clínica y el impacto del diagnóstico temprano en la evolución de estos casos.

El Síndrome de West es una encefalopatía epiléptica asociada a la edad, que se caracteriza clásicamente por una tríada: espasmos musculares en flexión, extensión o de tipo mixto; una alteración en el electroencefalograma denominada hirsarritmia; y un deterioro neurológico. Generalmente se manifiesta entre los seis meses y los dos años de vida, y su causa es desconocida. De acuerdo con su etiología, se clasifica en tres tipos: idiopático, criptogénico y sintomático. Este último constituye alrededor del 80% de los casos, suele estar relacionado con lesiones cerebrales y presenta un pronóstico reservado. Entre las causas más frecuentes se encuentran las de origen prenatal, seguidas por las perinatales y, en menor medida, las postnatales. Los recién nacidos pueden verse afectados por diversas condiciones desfavorables, como alteraciones en el desarrollo intrauterino, partos espontáneos, trabajo de parto prolongado, hipoxia perinatal, prematuridad o una atención inadecuada durante el nacimiento. Asimismo, las mujeres de mayor edad y con alta paridad pueden enfrentar mayores complicaciones, en parte relacionadas con el número de embarazos y con sus propias comorbilidades. Estas circunstancias contribuyen al desarrollo de distintas anomalías, entre ellas el Síndrome de West en su forma sintomática. No obstante, cuando se logra un diagnóstico oportuno y se brinda un tratamiento adecuado, la evolución clínica puede mejorar de manera significativa (Díaz, 2025).

Por su parte para Ruiz Brunner et al. (2023), la parálisis cerebral (PC) se entiende como un conjunto de trastornos permanentes que afectan el desarrollo del movimiento y la postura, originados por una alteración no progresiva en el cerebro en desarrollo. La diversidad de formas en que se manifiesta en cada persona ha dificultado durante años la construcción de una definición única.

Trascendiendo la cuestión del diagnóstico, resulta fundamental, para orientar los procesos de rehabilitación, identificar las funciones que cada individuo es capaz de llevar a cabo. La PC es la discapacidad motora más común en la población infantil y su manifestación varía considerablemente en cada infante. Para describir su presentación se utilizan distintas clasificaciones funcionales. Se observa que a mayor afectación motora (especialmente cuando se acompaña de discapacidad intelectual) se

incrementa la gravedad en las limitaciones de las habilidades manuales, la comunicación y las funciones relacionadas con la alimentación y la ingesta de líquidos.

Rosenbaum en 2007 (citado por Iglesias Rico, 2023) manifiesta que la parálisis cerebral es la principal causa de alteraciones del movimiento durante la infancia y se mantiene a lo largo de toda la vida, incluso en la adultez. En sus inicios, el término se utilizó para abarcar el conjunto de trastornos neurológicos que afectan las áreas motoras del cerebro. Actualmente, su comprensión ha evolucionado hacia un enfoque multicausal, en el que intervienen factores prenatales, perinatales y postnatales. La definición de PC describe a un conjunto de trastornos que afectan principalmente el desarrollo del movimiento y la postura, lo que genera limitaciones en la actividad. Con frecuencia, estas condiciones se acompañan de alteraciones sensoriales, perceptivas, cognitivas, comunicativas y conductuales, así como de epilepsia y/o problemas musculoesqueléticos, y pueden persistir a lo largo de toda la vida

Lobera y Mondragón (2010) describen las principales características clínicas asociadas a la parálisis cerebral, desglosando los elementos que componen su definición. En primer lugar, señalan la presencia de alteraciones en la función motora, que afectan el movimiento, la fuerza muscular y la postura, lo que se traduce en dificultades para movilizar partes específicas del cuerpo o incluso la totalidad del mismo. En algunos casos, los niños presentan limitaciones para extender sus extremidades o muestran una aparente falta de fuerza para ejecutar movimientos. En segundo lugar, indican que esta condición se origina a partir de una lesión o alteración del sistema nervioso central de carácter no progresivo, generalmente ocurrida durante los primeros años de vida, en áreas cerebrales relacionadas con el control del movimiento. Se trata de un daño permanente, que no corresponde a una enfermedad en sentido evolutivo y, por tanto, no es susceptible de curación. Finalmente, destacan que la parálisis cerebral puede asociarse con diversos trastornos de la esfera neuropsíquica, afectando funciones como la atención, la percepción, la memoria, el lenguaje y el razonamiento. La magnitud de estas alteraciones depende tanto de la extensión de la lesión como del momento en que esta se produce en el desarrollo del niño.

La Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados, implementada en 2022 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), analiza los efectos del trabajo de cuidados en la vida de quienes cuidan, especialmente en las mujeres, y su impacto en la participación laboral. Entre los resultados de la encuesta, destacan que en México, el 77.8% de los hogares son habitados por personas susceptibles de recibir cuidados, esta categoría incluye a personas con discapacidad y/o dependencia por algún problema o condición mental, infantes de 0 a 5 años, niñas, niños y adolescentes de 6 a 17 años así como personas de 60 años o más. Los resultados mencionan puntualmente que dentro de esta población, son 4.9 millones los hogares cuyas personas susceptibles de recibir cuidados son personas con discapacidad y/o dependencia de las cuales solamente el 3.3% asisten a algún centro de cuidados, estando el 96.7% restante a cargo de los cuidados en casa por parte de algún integrante del hogar siendo la incidencia del 30.7% el caso de la madre. El informe refiere que cuando hay una persona con discapacidad o dependencia, la persona cuidadora es en un 80.3% una mujer y solo el 6.4% ha recibido algún tipo de terapia para trabajar la ansiedad, angustia, nervios o depresión, con afectaciones en el desarrollo profesional, laboral y económico de las mujeres cuidadoras, quienes en un porcentaje de 50.4% se ven con la imposibilidad de trabajar una jornada laboral completa, teniendo que reducir a 35 o menos horas laborales a la semana. Los datos anteriores nos revelan una necesidad de atención integral entre la población cuidadora de las personas con discapacidad y/o dependencia para mejorar la calidad de vida e integración a las esferas personales, familiares y sociales.

4.4 CAPÍTULO IV Duelo materno: Tener un hijo o hija con discapacidad

Concebir un hijo con discapacidad contrasta fuertemente con las expectativas de maternidad e ideales de vida de una mujer. Como se ha revisado anteriormente, las futuras madres tienen de su bebé una serie de expectativas, fantasías y en general una gran energía afectiva volcada hacia este ser que está por nacer. Al darse cuenta de que su hijo o hija tendrá una discapacidad el resto de su vida y que estas expectativas y fantasías se tendrán que abandonar o, en el mejor de los casos, modificar a la situación real, resulta inevitable entrar en un proceso de duelo para transitar a la adaptación de las nuevas exigencias.

El impacto del nacimiento de un hijo o hija con discapacidad no se limita a una experiencia transitoria, sino que puede instalarse de manera duradera en la vida psíquica de la madre. En este sentido, sus efectos no sólo se restringen a un momento específico, sino que tienden a extenderse hacia diversas dimensiones de su existencia, influyendo en su forma de estar en el mundo y de vincularse con los otros (Limiñana & Patró, 2004). Sin embargo, la manera en que esta experiencia se integra en la subjetividad de la madre depende de los procesos de elaboración psíquica, las condiciones del entorno y las redes de apoyo disponibles. Bruce y Schultz (2001) describen el duelo por discapacidad como un proceso crónico y recurrente, que se reactiva en cada etapa del desarrollo del niño y ante cada nueva confrontación con la diferencia.

La discapacidad puede entenderse como una condición relacionada con alteraciones en el estado de salud que implican deficiencias en las funciones y estructuras corporales, así como limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, en interacción con factores personales y del entorno. En particular, la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, las cuales se manifiestan en habilidades conceptuales, sociales y prácticas, y tienen su origen antes de los 18 años. Asimismo, el concepto de discapacidad incluye a personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter prolongado que pueden obstaculizar

su participación plena y efectiva en la sociedad (Schalock, 2009, citado por Salinas Cárdenas, 2022).

El duelo ha sido definido como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción (Freud, 1993). En el presente trabajo, el análisis del duelo materno al tener un hijo con discapacidad motora se centra en la pérdida de la abstracción de un hijo(a) idealizado(a). Desde esta perspectiva, Sigmund Freud (1993) plantea que, aunque el duelo implica modificaciones en la relación del sujeto con la realidad y con la vida cotidiana, no constituye en sí mismo un estado patológico, sino un proceso que, en condiciones habituales, tiende a resolverse con el tiempo.

Sin embargo, cuando la pérdida no se relaciona con un acontecimiento concluido, sino que se revive de manera constante, como puede ocurrir en el caso del nacimiento de un hijo o hija con discapacidad, su elaboración puede volverse más compleja. En este sentido, Limiñana & Patró (2004) señalan que la experiencia dolorosa no queda fijada únicamente en el momento inicial, sino que puede reactivarse en distintos momentos de la vida, influyendo de manera sostenida en la vivencia materna.

Para Caruso (1968), la separación de un objeto amado implica, a nivel psíquico, una vivencia equivalente a la muerte del otro en la conciencia. Este proceso activa una serie de mecanismos que el autor denomina “mecanismos del morir”, los cuales dan cuenta de la complejidad de la experiencia de pérdida. Para Caruso, el proceso inicia en primer lugar, lo que denomina una “catástrofe del yo”, en tanto la pérdida del objeto con el que existía una fuerte identificación implica una afectación significativa de la identidad, generando una vivencia de mutilación psíquica y una regresión que amenaza la estabilidad del yo. Frente a ello, se movilizan diversos mecanismos defensivos. Entre estos, la agresividad permite la desvalorización del objeto perdido, facilitando una desidentificación que protege al yo de la vivencia de aniquilación. Asimismo, puede aparecer la indiferencia, asociada a procesos de represión y a un debilitamiento del yo, acompañados de un repliegue narcisista. Por otra parte, la llamada “huida hacia adelante” se manifiesta como una tendencia a la actividad o a la búsqueda de placer, orientada a redistribuir la energía psíquica hacia nuevos objetos. Finalmente, la ideologización funciona como una forma de racionalización que otorga sentido a la

pérdida, transformando la necesidad en virtud. Cabe señalar que estos mecanismos no se presentan de manera lineal ni aislada, sino que se entrelazan y pueden entrar en conflicto entre sí (Caruso, 1968).

Por su parte, Tizón (2004) propone que el trabajo de duelo puede comprenderse a través de una serie de momentos o etapas que, si bien no se presentan de forma estrictamente lineal, permiten describir su proceso de elaboración. En un primer momento, el sujeto enfrenta la necesidad de reconocer la pérdida del objeto, lo cual suele acompañarse de mecanismos de negación que dificultan el sostenimiento del juicio de realidad. Posteriormente, tiene lugar una fase de sobreinvertimiento del objeto perdido, en la que predominan los recuerdos y afectos asociados a éste, seguida de un progresivo retiro de las investiduras libidinales. Más adelante, el sujeto avanza hacia la aceptación de la pérdida, lo que implica procesos de identificación e incorporación del objeto al yo, permitiendo su elaboración psíquica. Finalmente, se alcanza un estado en el que el yo logra restablecer su capacidad de vínculo con la realidad, posibilitando la apertura hacia nuevos objetos de interés y la disminución de las inhibiciones. Estas etapas ofrecen un marco útil para comprender el duelo materno ante el nacimiento de un hijo con discapacidad, en tanto permiten pensar cómo la pérdida del hijo idealizado puede atravesar distintos momentos de elaboración, no necesariamente sucesivos ni exentos de ambivalencias.

Retomando la perspectiva de Freud (1993) acerca del duelo, se plantea que para que éste tenga lugar es necesario que previamente haya existido una elección de objeto y una investidura libidinal dirigida hacia él. En este caso, dicha investidura puede situarse en la representación de un hijo(a) idealizado(a). A partir de un desencanto en relación con ese objeto —como puede ser el nacimiento de un hijo o hija con discapacidad— se produce un sacudimiento del vínculo que da inicio al trabajo de duelo. En condiciones habituales, este proceso implicaría un retiro progresivo de la libido del objeto perdido y su eventual desplazamiento hacia nuevos objetos. Sin embargo, en este contexto, dicho movimiento no supone una sustitución simple, sino una compleja reorganización psíquica en la que el hijo(a) real coexiste con la pérdida del hijo(a) imaginado(a) (Limiñana & Patró, 2004).

Freud (1993), señala que “la pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que salga a la luz la ambivalencia de los vínculos afectivos” (p.249), lo cual permite comprender la coexistencia de sentimientos contradictorios en la madre. Esta ambivalencia no sólo responde a la dinámica intrapsíquica, sino que también se ve intensificada por las exigencias del entorno social, que demandan una adaptación inmediata a las nuevas condiciones de vida. En este sentido, la madre puede enfrentarse a juicios y expectativas relacionados con su capacidad de cuidado, su responsabilidad o incluso su “éxito” reproductivo, en un contexto atravesado por estigmas y representaciones sociales sobre la discapacidad. Así, aunque existen dispositivos de apoyo sanitario y social, estos no eliminan la complejidad subjetiva de la experiencia, sino que coexisten con una vivencia ambivalente que la madre debe elaborar (Limiñana & Patró, 2004).

El duelo no constituye un proceso lineal ni es igual para todas las personas, algunos autores han descrito momentos emocionales que suelen aparecer en la experiencia de pérdida. En el contexto de la discapacidad infantil, estas etapas no se presentan de manera ordenada ni concluyen de forma definitiva, sino que pueden reactivarse ante nuevas confrontaciones con la diferencia o con los límites del desarrollo del niño (Bruce & Schultz, 2001).

Si bien, no se puede hablar de un proceso de duelo homogéneo, en términos generales, Kübler-Ross (1969), una de las investigadoras más renombradas del tema, reconoce cinco momentos frecuentes en la vivencia de dicho proceso:

- Negación: reacción inicial que funciona como defensa frente al impacto emocional de la pérdida, permitiendo amortiguar temporalmente la angustia.
- Ira: sentimientos de enojo dirigidos hacia la misma persona, hacia las personas que le rodean o incluso hacia la situación misma.
- Negociación: intentos de encontrar explicaciones, soluciones o acuerdos internos que permitan recuperar una sensación de control.
- Depresión: vivencia de tristeza profunda, desesperanza o desorganización emocional ante la pérdida experimentada.

- Aceptación: proceso gradual de integración psíquica de la realidad, que no implica ausencia de dolor, sino una reorganización subjetiva más estable.

Desde una perspectiva psicoanalítica, estas etapas deben entenderse como movimientos psíquicos y no como fases rígidas. El duelo por discapacidad es un proceso dinámico y recurrente, en el que la madre oscila entre distintas posiciones afectivas mientras intenta elaborar la pérdida del hijo(a) imaginado(a) y construir un vínculo más realista con el hijo o hija real (Freud, 1993; Fiorini, 2004).

Resulta pertinente abordar el concepto de estigma social para comprender las implicaciones que rodean a la discapacidad. En este sentido, Goffman (2006), plantea que es la sociedad la que establece las categorías mediante las cuales se clasifica a las personas, así como los atributos considerados normales o esperables dentro de un grupo social. A partir de estas categorías, los individuos elaboran expectativas que les permiten anticipar la identidad social de los otros. Cuando una persona posee un atributo que se percibe como diferente o indeseable en relación con dichas expectativas, deja de ser considerada en su totalidad y es reducida a esa característica desacreditadora. Es a este tipo de atributo al que Goffman denomina estigma. No obstante, el carácter estigmatizante de un rasgo no reside en sí mismo, sino en su relación con los marcos sociales de referencia; es decir, un atributo puede ser rechazado en un contexto y resultar indiferente o incluso valorado en otro. Desde esta perspectiva, el estigma no puede entenderse únicamente como una cualidad individual, sino como un fenómeno relacional que emerge en la interacción social. Esto resulta particularmente relevante en el caso de la discapacidad, en tanto las limitaciones asociadas a ésta adquieren significado dentro de un entramado de expectativas, normas y prejuicios sociales que influyen en la forma en que la persona es percibida y tratada.

Goffman (2006) distingue tres tipos de estigmas claramente diferenciados: en primer lugar, las “abominaciones del cuerpo”, relacionadas con alteraciones visibles de carácter físico; en segundo lugar, los defectos del carácter, atribuidos a rasgos como la falta de voluntad o la deshonestidad; y, finalmente, los estigmas tribales, vinculados a la raza, la nación o la religión, los cuales pueden extenderse a los miembros de un mismo

grupo. Desde esta clasificación, la discapacidad de origen neuromotor puede situarse principalmente dentro de las llamadas abominaciones del cuerpo, en tanto implica una alteración en las funciones corporales. No obstante, sus efectos sociales trascienden al individuo, ya que el estigma puede extenderse hacia su entorno cercano, particularmente hacia la madre y la familia, quienes también quedan inscritos en dinámicas de juicio, expectativa y diferenciación social. En este sentido, más que tratarse de una condición individual aislada, la discapacidad se configura como una experiencia relacional que impacta la identidad social de quienes rodean al niño o la niña. Para la madre, esto puede implicar una reconfiguración de su identidad que puede formar parte de procesos de duelo, al verse confrontada con nuevas formas de reconocimiento social, frecuentemente atravesadas por estereotipos y expectativas en torno a la maternidad y la discapacidad.

A continuación, se retoman las aportaciones de John Bowlby (1980) respecto al proceso de duelo en padres de hijos con enfermedades graves. De acuerdo con el autor, este proceso se inicia desde el momento en que se recibe el diagnóstico y atraviesa distintas fases que, si bien no son estrictamente lineales, permiten comprender su desarrollo. En un primer momento, los padres experimentan una fase de embotamiento o aturdimiento, caracterizada por una sensación de irrealidad y desconcierto frente a la noticia. Aunque en apariencia puedan aceptar el diagnóstico, con frecuencia requieren tiempo para asimilar plenamente sus implicaciones. Posteriormente, emerge una fase de incredulidad y negación, en la que el diagnóstico y el pronóstico son cuestionados, acompañándose de intentos por revertir la situación o demostrar que existe un error. Este mecanismo puede, en cierta medida, amortiguar el impacto emocional; sin embargo, cuando se intensifica, puede dificultar la comprensión del proceso y la adherencia a las indicaciones terapéuticas. Finalmente, se presenta una fase de desorganización y reorganización, en la cual, conforme la realidad de la enfermedad se impone, las expectativas iniciales se transforman y los padres comienzan a reconfigurar sus representaciones de sí mismos y del mundo. Estas fases permiten comprender que el duelo parental no se limita a una reacción lineal, sino que constituye un proceso dinámico de elaboración frente a la pérdida de las expectativas depositadas en el hijo. En el caso del nacimiento de un hijo con discapacidad, este

modelo resulta útil para pensar cómo el diagnóstico puede activar procesos similares, aun cuando no se trate de una enfermedad terminal, sino de una condición permanente que exige una reorganización psíquica y del vínculo con el hijo o hija con discapacidad (Bowlby, 1980).

Resulta importante también, las aportaciones de Robert Ingalls (1982), quien ha estudiado el impacto que tiene en los padres la llegada de un hijo o hija con discapacidad intelectual. El autor señala que, en la mayoría de los casos, los padres reaccionan con una profunda conmoción y tristeza al conocer el diagnóstico.

Con base en los trabajos de Menolascino y Wolfensberger (1967, citados en Ingalls, 1982), se proponen tres tipos de crisis que ayudan a comprender estas reacciones emocionales intensas. En primer lugar, la crisis de lo inesperado, que surge ante un cambio sustancial e imprevisto en la vida de los padres y en la imagen que tienen de sí mismos; en este sentido, la reacción no se dirige únicamente a la discapacidad en sí, sino al quiebre abrupto en la continuidad de sus expectativas. En segundo lugar, se presenta la crisis de valores personales, vinculada con las creencias culturales que privilegian la competencia, el logro y el éxito. Ante esta situación, los padres pueden experimentar un conflicto al confrontar dichas expectativas con la realidad de su hijo, lo que puede generar sentimientos de angustia y ambivalencia. Finalmente, la crisis de la realidad se relaciona con las demandas concretas que emergen en la vida cotidiana, tales como preocupaciones económicas, reorganización del tiempo y ajustes en la dinámica familiar. Estas tres formas de crisis constituyen un marco de referencia para comprender las reacciones parentales ante la discapacidad intelectual, y permiten profundizar en la manera en que los padres elaboran esta experiencia a lo largo del tiempo. A continuación, se abordará con mayor detalle cada una de ellas.

Ingalls (1982) describe la llamada crisis de lo inesperado como una reacción derivada del quiebre abrupto en las expectativas que los padres han construido en torno a su hijo o hija, a sí mismos y a su futuro familiar. En la mayoría de los casos, estas expectativas incluyen logros evolutivos, escolares y sociales que forman parte del imaginario parental. Ante el diagnóstico de discapacidad intelectual, dichas

representaciones se ven profundamente afectadas, generando sentimientos de desilusión y la necesidad de reorganizar el proyecto vital a partir de una nueva realidad.

Por su parte, la crisis de valores emerge cuando los padres se enfrentan a un conflicto entre las exigencias culturales —que promueven el amor incondicional hacia los hijos— y las emociones ambivalentes que pueden experimentar frente a la discapacidad. Esta tensión puede dar lugar a diversas manifestaciones, entre ellas sentimientos de culpa, negación o sobreprotección. La culpa puede aparecer tanto por atribuir el origen de la discapacidad a acciones pasadas como por experimentar emociones negativas hacia el hijo o hija. La negación, por su parte, puede funcionar inicialmente como un mecanismo amortiguador, aunque en formas más intensas puede dificultar la aceptación del diagnóstico y la adherencia a procesos de atención. Asimismo, la sobreprotección puede entenderse como una respuesta defensiva que, en algunos casos, limita el desarrollo de la autonomía del niño(a) (Ingalls, 1982).

Dentro de este mismo marco, algunos autores han señalado la presencia de una pena persistente en los padres, asociada a la vivencia de pérdida del hijo(a) idealizado(a) (Olshansky, 1962, citado en Ingalls, 1982). No obstante, Ingalls también reconoce que muchos padres logran avanzar hacia procesos de aceptación, entendidos como la capacidad de reconocer de manera realista tanto las limitaciones como las potencialidades del hijo o hija, sin que la discapacidad acapare la dinámica familiar. Esta forma de adaptación implica, además, la posibilidad de hablar abiertamente de la situación, buscar apoyos adecuados y sostener vínculos afectivos que no estén marcados ni por el rechazo ni por la sobre idealización.

Finalmente, la crisis de la realidad hace referencia a las demandas concretas que surgen en la vida cotidiana, tales como los ajustes económicos, la reorganización del tiempo, las reacciones del entorno social y la preocupación por el cuidado a largo plazo del hijo. Estas condiciones sitúan a los padres ante desafíos prácticos que se entrelazan con los procesos emocionales previamente descritos, configurando una experiencia compleja que requiere múltiples formas de elaboración (Ingalls, 1982).

Adicionalmente, literatura reciente ha mostrado que, cuando el duelo por la pérdida del hijo idealizado no logra elaborarse, pueden emerger actitudes de sobreprotección que funcionan como defensas frente a la angustia y la culpa. Noriega, Díaz y Breyner (2022) describen que las madres de niños(as) con síndrome de Down y discapacidad intelectual tienden a manifestar patrones de cuidado intensificado, caracterizados por vigilancia constante, evitación de riesgos y una necesidad de control que excede las demandas reales del niño o de la niña. Desde una perspectiva psicoanalítica, estas conductas pueden comprenderse como intentos de sostener al hijo o hija real frente a la herida narcisista que implica la ruptura del hijo(a) imaginado(a) (Winnicott, 1960; Lebovici, 1987). La sobreprotección aparece entonces como una defensa frente a la ambivalencia y la culpa que emergen en el duelo (Klein, 1932; Freud, 1993), así como un esfuerzo por reorganizar afectivamente la experiencia traumática mediante formas de maternaje que buscan reparar simbólicamente la pérdida (Fiorini, 2004). En este sentido, la sobreprotección no es solo un estilo de crianza, sino una manifestación del duelo prolongado y de las tensiones internas que atraviesan la función materna en contextos de discapacidad.

Desde la perspectiva de la psicoterapia focal, el duelo puede abordarse delimitando un foco que concentre la vivencia emocional central del conflicto, permitiendo trabajar las defensas y los afectos asociados a la pérdida (Balint, 1986; Fiorini, 1995). En el caso del duelo materno frente a la discapacidad, esta técnica resulta pertinente porque facilita identificar el núcleo afectivo ligado a la ruptura de la idealización del hijo y a la reorganización subjetiva que dicha pérdida implica (Klein, 1932; Lebovici, 1987). Asimismo, la intervención focal favorece la simbolización del dolor, la elaboración de la culpa y la integración de la experiencia traumática dentro de la historia psíquica de la madre, elementos coherentes con los planteamientos psicoanalíticos del duelo (Freud, 1993; Winnicott, 1960). De este modo, la técnica no solo estructura el proceso clínico, sino que se articula directamente con la comprensión teórica del duelo revisada en capítulos previos.

En conjunto, los elementos teóricos revisados permiten comprender la complejidad del duelo materno frente al diagnóstico de discapacidad motora y ofrecen

un marco conceptual para analizar la intervención psicoterapéutica. La función materna, los procesos de idealización y duelo, y las implicaciones subjetivas de la discapacidad se articulan con los principios de la psicoterapia focal, que posibilita trabajar un foco clínico delimitado y promover procesos de simbolización. Asimismo, la integración de aportes más recientes sobre duelo parental, discapacidad infantil y psicoterapia breve complementa las perspectivas clásicas, permitiendo construir un modelo conceptual actualizado y pertinente para el análisis clínico realizado en este estudio.

5. OBJETIVOS

5. 1 Objetivo general

Analizar el proceso de psicoterapia focal breve en madres de niños(as) con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo que presentan duelo por la pérdida de su hijo(a) idealizado(a).

5.2 Objetivos específicos

1. Describir la idealización que tenían las madres previamente al nacimiento de su hijo o hija con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo
2. Determinar el proceso de duelo de las madres de niños(as) asociado a la discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo.
3. Indagar los efectos que el duelo por su hijo(a) idealizado(a) tiene en la vida y estado emocional de la madre.
4. Identificar de qué manera la psicoterapia focal breve coadyuva en la elaboración de duelo en madres de niños(as) con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo.

Aunque los objetivos específicos abordan dimensiones del duelo materno, todos ellos se orientan a responder la pregunta central del estudio: identificar las aportaciones clínicas de la psicoterapia focal breve en dicho proceso. La descripción de la idealización del hijo, del desarrollo del duelo y de sus efectos constituye el marco clínico necesario para comprender cómo interviene la técnica focal y qué transformaciones posibilita. En este sentido, el estudio persigue la finalidad de analizar las contribuciones de la psicoterapia focal en la elaboración del duelo materno frente al diagnóstico de discapacidad.

6. MÉTODO

6.1 Diseño

El presente estudio se inscribe en un enfoque cualitativo con alcance descriptivo, propio del análisis clínico de casos. El procedimiento analítico se desarrolló mediante la construcción de categorías temáticas y el análisis de contenido del discurso, articulando el material clínico con el marco conceptual. Este enfoque cualitativo-clínico permite identificar patrones, significados y núcleos de sentido relevantes en la experiencia subjetiva de las participantes, favoreciendo una lectura interpretativa acorde con la naturaleza del material obtenido.

Como ya se dijo, la teoría resultante es de alcance medio (regularmente su aplicación no es amplia), pero posee una elevada capacidad de explicación para el conjunto de los datos recolectados.

El método cualitativo para llevar a cabo la intervención e investigación es el estudio de caso, el cual, indica Stake (1999), permite abordar la particularidad y la complejidad de un fenómeno singular, con el fin de comprenderlo en profundidad dentro de su contexto. Se realizará un análisis de tipo serie de casos. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010), las series de casos representan un tipo de estudio ampliamente utilizado en el ámbito clínico. Se caracterizan principalmente por su alcance descriptivo, aunque en algunos casos pueden incorporar análisis de relación entre variables. Este tipo de investigación se centra en grupos de personas que comparten una característica común, generalmente la presencia de una enfermedad específica; no obstante, también pueden agruparse en función de factores de riesgo o de la aplicación de una intervención determinada.

6.2 Muestra/Participantes

La selección de participantes se realizó mediante un muestreo intencional, guiado por criterios teóricos y de pertinencia para los objetivos del estudio. De acuerdo con lo propuesto por Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar

Baptista Lucio (2010), se retomaron distintos enfoques de muestreo cualitativo como fundamentos para la selección:

En primer lugar, se consideró el criterio de casos tipo, el cual se emplea en investigaciones cualitativas con el objetivo de obtener información rica, profunda y significativa, priorizando la calidad de los datos por encima de la cantidad.

Asimismo, se incorporó el criterio de homogeneidad, dado que los participantes comparten características relevantes para el fenómeno de estudio, lo que permite centrar el análisis en procesos y experiencias comunes dentro de un grupo específico.

Finalmente, la selección también respondió a un criterio teórico o conceptual, en tanto los casos elegidos aportan elementos que permiten comprender y desarrollar los conceptos centrales de la investigación.

Con base en estos criterios se integraron al estudio 3 participantes voluntarias donde los criterios de inclusión fueron:

1. Ser madre de 18 años o más, de un niño o niña con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo.
2. Aceptar participar en la investigación y firmar un consentimiento informado de manera voluntaria.
3. No estar bajo tratamiento psiquiátrico ni haber sido diagnosticada con algún padecimiento psicológico o psiquiátrico grave.

6.3 Escenario

El estudio se llevó a cabo en un Centro de Atención Múltiple del Estado de Morelos, México. El Instituto de la Educación Básica del estado de Morelos (IEBEM, 2014) en su página web oficial, define un Centro de Atención Múltiple (CAM) como un centro que Servicio de Educación Especial que tiene la responsabilidad de escolarizar a aquellos alumnos y alumnas que presentan necesidades educativas especiales asociadas con discapacidad múltiple, trastornos generalizados del desarrollo o que por la discapacidad que presentan requieren de adecuaciones curriculares altamente

significativas y de apoyos generalizados y/o permanentes, a quienes las escuelas de educación regular no han podido integrar por existir barreras significativas para proporcionarles una atención educativa pertinente y los apoyos específicos para participar plenamente y continuar con su proceso de aprendizaje.

6.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se empleó la entrevista clínica psicodinámica, la cual permitió obtener información relevante para los fines de la investigación. Esta entrevista es definida por Díaz (1998) como un procedimiento técnico orientado a desarrollar un proceso de comunicación dentro de un vínculo interpersonal, cuya finalidad es establecer una relación de trabajo que posibilite el esclarecimiento de los conflictos psíquicos, tanto presentes como pasados, que afectan el equilibrio actual del o de los entrevistados.

Para la obtención de la información, se hicieron grabaciones en formato de audio de todas las sesiones terapéuticas autorizadas previamente por las participantes. Posteriormente se transcribieron las entrevistas realizadas. Además se incluyeron registros observacionales durante las sesiones de terapia focal.

Para la recolección de datos se realizaron 10 entrevistas clínicas psicodinámicas con cada participante. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 50 minutos cada una y se llevaron a cabo en las instalaciones del Centro de Atención Múltiple, en un espacio privado y adecuado para garantizar confidencialidad y comodidad. Las entrevistas fueron individuales, presenciales y se realizaron en un periodo de 4 meses aproximadamente. No se establecieron objetivos por sesión, dado que la técnica de psicoterapia focal utilizada se organiza en torno a un foco delimitado y el despliegue del material emergente, no a metas específicas por encuentro.

6.5 Análisis de la información

En cuanto al análisis de los datos, se recurrió a la construcción de categorías y al análisis de contenido desde un enfoque cualitativo-clínico. Este procedimiento permitió identificar patrones, significados y núcleos temáticos relevantes en el discurso de las participantes, privilegiando una lectura interpretativa y cercana a la experiencia subjetiva expresada en las entrevistas.

El análisis se desarrolló a partir de la emergencia de categorías construidas inductivamente, en diálogo con el material clínico y con los lineamientos de Schettini y Cortazzo (2015). Las categorías surgieron de la lectura atenta y reiterada de los relatos, permitiendo identificar núcleos de sentido y movimientos subjetivos presentes en la experiencia de las participantes. Cada una se acompañó de fragmentos discursivos que sostienen su interpretación. Las categorías derivadas del análisis se describen y desarrollan ampliamente en el capítulo de resultados.

7. INTERVENCIÓN

7.1 Diseño

La propuesta de intervención es una psicoterapia focal y breve de orientación psicoanalítica por medio de la cual se obtuvo la información necesaria para cumplir con los objetivos del proyecto, tanto en el área de la investigación como en el área de la intervención.

El objetivo primordial de la intervención terapéutica fue favorecer la elaboración del proceso de duelo en madres de infantes con discapacidad motora asociada a trastornos del neurodesarrollo, mediante una intervención de psicoterapia focal y breve que facilite la resignificación de la experiencia, la regulación emocional y el fortalecimiento de recursos de afrontamiento.

Para lograr el objetivo planteado se llevaron a cabo diez sesiones presenciales de psicoterapia focal breve individual con tres madres de infantes con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo. Cada sesión de 50 minutos de duración se llevó a cabo de manera semanal y con temática abierta llevando un seguimiento de las necesidades y prioridades de dichas madres.

7.2 Evaluación

La evaluación de los resultados de la intervención se realizó con base en las modificaciones de los malestares percibidos y reportadas por las propias madres voluntarias.

7.3 Aspectos éticos del estudio

La presente investigación se llevó a cabo en apego a los principios éticos para la investigación con seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki (2013), priorizando en todo momento el bienestar, la dignidad y los derechos de las

participantes. Dado que la población participante está conformada por madres de infantes con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo, considerada potencialmente vulnerable debido a la carga emocional trabajada, se tomaron medidas específicas para minimizar riesgos y asegurar un acompañamiento ético durante todo el proceso. Cada participante firmó una carta de consentimiento informado para autorizar su participación en el estudio (Ver Anexo 1).

Se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada mediante la asignación de pseudónimos a las participantes y la omisión de datos que permitieran su identificación. Los registros clínicos y de investigación fueron resguardados de manera segura por la investigadora responsable del estudio y utilizados únicamente con fines académicos. La intervención se diseñó con el propósito de generar un beneficio terapéutico directo, favoreciendo la elaboración del duelo. Se procuró evitar cualquier daño psicológico adicional, brindando contención emocional y, en caso de detectar malestar significativo, se contempló la canalización a servicios especializados. Se respetó en todo momento la decisión de las participantes respecto a su continuidad en el proceso terapéutico, promoviendo su participación voluntaria.

8. RESULTADOS

Para efectos de claridad analítica, los hallazgos se organizan en dos dimensiones: aquellos vinculados al proceso de duelo materno (idealización, culpa, ambivalencia, sobreprotección) y aquellos relacionados con las aportaciones clínicas de la psicoterapia focal (insight, resignificación, simbolización y cambios observados). Aunque ambas dimensiones se articulan en la experiencia de cada participante, se presentan de manera diferenciada con fines expositivos.

8.1 Presentación de las participantes

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra, integrada por 3 participantes. Se puede observar que todas las participantes comparten la misma ocupación y el estado civil; así mismo las hijas de las participantes Paula y Ofelia tienen el mismo diagnóstico. Se han asignado seudónimos a las participantes para preservar su anonimato.

Tabla 1

Datos sociodemográficos y características de las participantes

Participante	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Sexo y Edad del o la infante	Diagnóstico del o la infante
1.AURORA	30	M	Primaria	Hogar	Casada	H 6 años	Parálisis cerebral
2. OFELIA	44	M	Licenciatura	Hogar/ Jubilada	Casada	M 9 años	Síndrome de West
3. PAULA	25	M	Carrera técnica	Hogar	Casada	M 5 años	Síndrome de West

8.1.1 AURORA

Aurora es una mujer de 30 años, originaria de una comunidad en la región de La Montaña de Guerrero, y residente en Cuernavaca, Morelos. Su escolaridad es de nivel primaria y su ocupación principal es ama de casa. Vive con su esposo y su hijo de 6 años. Tuvo una hija fallecida por cáncer. En ocasiones la visita su hermana, quien la ha apoyado en el cuidado de los niños.

Migró desde Guerrero a Cuernavaca siendo joven, inicialmente para trabajar junto con su hermana y primas. Conoció a su esposo en ese contexto laboral y social. Después de un periodo de noviazgo, se unieron como pareja y posteriormente se casaron en su comunidad de origen. Desde entonces han alternado temporadas entre Guerrero y Morelos, principalmente motivados por la búsqueda de atención médica para su hijo e hija.

Su hijo mayor nació prematuro y presenta un diagnóstico de parálisis cerebral que ha requerido múltiples terapias (lenguaje, física, estimulación temprana). Tras un embarazo sin complicaciones y una primera etapa de crianza marcada por expectativas de desarrollo “normal”, Aurora recibió el diagnóstico de parálisis cerebral infantil de su hijo después de una serie de estudios y consultas que no ofrecían respuestas claras. La noticia representó un quiebre en su proyecto de maternidad y en la imagen idealizada que había construido del niño. Relata haber experimentado un intenso sentimiento de culpa, acompañado de tristeza, miedo y una sensación de fracaso personal, además de cuestionarse si había hecho algo “mal” durante el embarazo. El diagnóstico también implicó una reorganización abrupta de su vida cotidiana y de sus planes futuros, generando un duelo persistente que se reactiva en cada nueva demanda del cuidado. La participante ha sido la principal cuidadora, gestionando citas, traslados y tratamientos. Su hija menor también nació prematura y posteriormente fue diagnosticada con cáncer, lo que implicó estancias prolongadas en hospitales y albergues en la Ciudad de México, y falleció a los 3 años de vida, dos años antes de la presente intervención.

La participante describe una vida cotidiana centrada en el cuidado del hogar y de su hijo, con rutinas que incluyen llevarlo a terapias, preparar alimentos y realizar labores domésticas. Refiere contar con apoyo intermitente de su esposo y de familiares, aunque también menciona periodos en los que ha enfrentado estas responsabilidades prácticamente sola.

En su relación de pareja, señala episodios de tensiones y momentos de inseguridad emocional. Aun así, permanece en la relación por razones económicas, familiares y por la necesidad de darle estabilidad para su hijo. En general, la participante se presenta como una mujer reservada, con tendencia a guardar sus emociones y dificultades, y que ha atravesado experiencias de maternidad complejas, migración, precariedad económica y carga de cuidados.

8.1.2 OFELIA

Ofelia es una mujer de 51 años, originaria del estado de Veracruz y actualmente residente en Cuernavaca, Morelos. Se identifica como católica, está casada y es madre de tres hijos, entre ellos una niña de 9 años con diagnóstico de síndrome de West desde los 3 meses de nacida, quien asiste a un Centro de Atención Múltiple. El diagnóstico de su hija llegó después de meses de incertidumbre, hospitalizaciones y explicaciones médicas contradictorias. La confirmación del diagnóstico significó para ella un golpe emocional que impactó en su proyecto de vida, su relación de pareja y su identidad como madre. Expresa haber sentido una mezcla de culpa, enojo y profunda tristeza, junto con la sensación de que “su vida se detuvo” en el momento en que escuchó el diagnóstico. También refiere haber atravesado cuestionamientos sobre su capacidad para cuidar, así como un sentimiento de soledad frente a la falta de apoyo familiar, lo que intensificó su vivencia de duelo y sobrecarga. Han transcurrido 8 años desde el recibimiento del diagnóstico de su hija hasta la presente intervención.

Ofelia se dedica al cuidado del hogar y dejó de trabajar un año antes de la intervención para atender las necesidades de su hija menor. Proviene de una familia

numerosa y describe su infancia como estable y afectuosa. Creció en un ambiente donde su madre era la figura más cercana y protectora, mientras que su padre ejercía una disciplina estricta. La muerte de su madre cuando ella tenía 17 años marcó un momento significativo en su historia familiar. Actualmente mantiene una relación cercana con su padre y buena comunicación con sus hermanos, aunque viven en distintos estados.

Ofelia se describe como una mujer trabajadora, responsable y dedicada, con un fuerte sentido del orden, la limpieza y la puntualidad. Se considera una madre amorosa, aunque reconoce que a veces se desespera o se siente rebasada por las demandas del cuidado. Explica que su hija está profundamente apegada a ella, en parte porque durante años estuvo al cuidado de otras personas mientras Ofelia trabajaba, y ahora depende casi por completo de su atención para actividades cotidianas como alimentarse, bañarse, movilizarse y regularse emocionalmente.

La historia médica de su hija ha tenido múltiples diagnósticos, estudios, hospitalizaciones y opiniones contradictorias de especialistas. Relata un proceso largo de búsqueda de atención, en el que su esposo ha tenido un papel activo, cuestionando diagnósticos y solicitando segundas opiniones. La familia ha atravesado momentos de incertidumbre, miedo y desgaste emocional debido a la condición neurológica de la niña, con dificultades para alimentarse, episodios de neumonía y alergias alimentarias.

8.1.3 PAULA

Paula es una mujer de 25 años, originaria y residente de Cuernavaca, Morelos. Tiene escolaridad de preparatoria y se dedica al cuidado del hogar, siendo madre de una niña de 5 años quien tiene diagnóstico de síndrome de West desde los 7 meses de edad y asiste al Centro de Atención Múltiple; han transcurrido 4 años hasta el momento de la presente intervención. Paula vive con el padre de su hija, con quien mantiene una relación desde la adolescencia, después de haberse conocido desde la primaria.

Se describe como una persona alegre, sociable y responsable, que procura mantener una actitud positiva a pesar de las dificultades con respecto al cuidado de su hija. Su historia de maternidad ha estado marcada por experiencias difíciles. La niña con discapacidad es su primera hija, aunque posteriormente tuvo un segundo embarazo que terminó en la muerte neonatal de su bebé, un evento que describe como profundamente doloroso y rodeado de maltrato institucional, negligencia médica y falta de información clara. Este suceso dejó una huella emocional significativa, asociada a sentimientos de injusticia, impotencia y duelo no resuelto.

Respecto al nacimiento de su hija mayor, Paula relata que inicialmente todo parecía normal, pero alrededor de los siete meses comenzó a notar señales de alarma en su desarrollo. Tras múltiples consultas médicas y diagnósticos erróneos, finalmente recibió la noticia del síndrome de West, lo cual implicó un cambio abrupto en sus expectativas de vida, su proyecto profesional y su visión de futuro. Describe haber sentido culpa, tristeza y confusión, además de cuestionamientos espirituales sobre por qué le había ocurrido a ella.

Paula proviene de una familia con la que mantiene una relación cercana, especialmente con su padre, a quien describe como una figura importante en su vida. Su pareja ha estado presente en los procesos médicos y de cuidado, aunque ella expresa temores iniciales sobre si él sería capaz de aceptar y sostener la situación. También menciona apoyo de una cuñada y de una psicóloga que la acompañó brevemente en un momento de crisis.

Actualmente, Paula dedica la mayor parte de su tiempo al cuidado de su hija, lo que ha implicado renunciar temporalmente a ejercer la carrera de enfermería que estudió. A pesar de las dificultades, se muestra comprometida con la rehabilitación y bienestar de su hija, y busca mantener estabilidad emocional para ambas.

8.2 Desarrollo de la intervención de psicoterapia focal breve

La tabla 2 muestra una comparativa de las temáticas abordadas en cada participante en sus procesos de psicoterapia focal por sesión. En ellos podemos observar de primera instancia que la experiencia de maternidad de un hijo o hija con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo no sólo implica un proceso de duelo, sino una experiencia subjetiva que abarca esferas desde lo personal hasta lo colectivo. A lo largo del proceso de terapia focalizada, las participantes transitan desde la culpa, la sobrecarga de esfuerzos en distintos ámbitos y la desorganización emocional, hasta formas más complejas de comprensión, toma de decisiones y la resignificación de su experiencia materna.

Tabla 2

Temáticas principales por sesión trabajadas en el proceso de psicoterapia focal.

No. DE SESIÓN	AURORA	OFELIA	PAULA
SESIÓN 1	· Historia personal y de pareja: migración a Morelos, inicio de relación con esposo, vida en pareja, embarazo, nacimiento prematuro de sus hijos. · Diagnóstico de discapacidad de su hijo, su búsqueda de atención médica y terapias. · Expresión de culpa, miedo y soledad respecto a la maternidad y las enfermedades de sus hijos. · Carga emocional no expresada.	· Historia de pareja y matrimonio temprano. · Sacrificios personales para estudiar enfermería. · Embarazo no planeado y miedo a decepcionar a sus padres. · Primeras señales de embarazo de riesgo.	· Historia de maternidad: embarazo de alto riesgo, síntomas, miedo, culpa hacia sus padres. · Relación con su pareja desde la adolescencia. · Proceso de embarazo y parto de su hija con discapacidad. · Primeros síntomas, diagnóstico de Síndrome de West e impacto inicial. · Reacciones familiares y búsqueda de atención médica. · Inicio del duelo por la hija idealizada.

SESIÓN 2	· Tensión en la dinámica de pareja. · Culpa por la discapacidad de su hijo, creyendo que fue por no ir al hospital a tiempo. · Sentirse observada y juzgada por otras personas.	· Amenaza de aborto y reposo prolongado. · Culpa por no terminar la carrera a tiempo. · Apoyo inicial del esposo y su familia. · Ansiedad por el parto y dificultades económicas.	· Duelo por la muerte de su segunda hija. · Falta de apoyo emocional familiar. · Comparación con otras madres y miedo a caer en conductas destructivas. · Estrategias de afrontamiento (escritura, contención religiosa). · Rol como madre y pilar de su hija con discapacidad.
SESIÓN 3	· Convivencia con su hermana, quien vive con ellos y genera angustia por la dinámica familiar. · Habla de sentirse atrapada: miedo a dejar a pareja, miedo a que él la busque, miedo a que haga daño a su familia. · Reconoce que no se siente feliz ni libre en su casa. · Expresa deseos de separarse, pero también temor económico y social.	· Experiencia del parto y negligencias médicas. · Diagnóstico tardío del síndrome de West. · Confusión, miedo y desinformación médica. · Inicio del duelo por la pérdida del “hijo ideal”.	· Relación con su familia de origen (apego al padre, distancia con la madre). · Historia de vida y expectativas truncadas (carrera, trabajo). · Proceso de aceptación de la discapacidad de su hija. · Culpa hacia Dios y cuestionamientos espirituales. · Reacciones sociales ante la discapacidad (miradas, burlas, discriminación). · Miedo al juicio de otras personas, especialmente conocidas. · Sensación de soledad en la crianza y falta de apoyo del esposo.

SESIÓN 4	· Se le brinda información sobre instituciones de apoyo a mujeres en situación de violencia. · Miedo, pero también interés en buscar ayuda. · Habla de querer que su esposo “cambie”, incluso mencionando retiros religiosos. · Se observa ambivalencia: quiere terminar relación, pero también espera que él mejore. · Reconoce que vive con miedo constante.	· Reacciones familiares ante el diagnóstico. · Comparación con otros niños y dolor por los retrasos en el desarrollo. · Aislamiento emocional y falta de apoyo. · Primeros intentos de rehabilitación.	· Evolución del consumo de alcohol del esposo. · Cambios en la relación de pareja (distancia, irritabilidad, celos, agresividad) y dudas entre separarse o continuar. · Miedo a la separación por motivos económicos y de cuidado de su hija. · Reflexión sobre su deseo de ejercer su carrera y obstáculos para hacerlo. · Falta de apoyo familiar y dinámicas de control de la pareja.
SESIÓN 5	· Relación ambivalente con su hermana, quien ayuda pero genera tensión. Se siente culpable por “molestar” a su hermana o a su familia. · No expresa necesidades por miedo a generar conflicto. · Agotamiento físico y emocional. · Reconoce que su relación tiene “lado bueno”, pero que las tensiones dominan.	· Proceso de aceptación del diagnóstico. · Avances de su hija en rehabilitaciones. · Reflexiones sobre el duelo y la maternidad. · Identidad como cuidadora principal.	· Intentos del esposo por cambiar. · Dudas sobre la credibilidad del cambio. · Reorganización de tareas domésticas y corresponsabilidad temporal. · Primeras señales de convivencia positiva. · Reflexión sobre el impacto del estrés económico y la pérdida de su carro. · Identificación de necesidades propias (descanso, apoyo, reconocimiento).

SESIÓN 6	· Inicia a responder y a decir lo que piensa. · Observa que su pareja reacciona menos agresivo cuando ella habla con calma. · Reconoce que la terapia le ayuda a sentirse más segura y menos temerosa. · La comunicación evita malentendidos. · Empieza a identificar que tiene derecho a expresar necesidades.	· Conflictos con el esposo por el consumo de alcohol. · Pensamientos sobre separación. · Miedo al futuro y a la independencia económica. · Necesidad de apoyo familiar.	· Recaída del esposo en el consumo. · Decisión inicial de separarse. · Miedo, tristeza y ambivalencia ante la separación. · Reflexión sobre sus propias fortalezas y dificultad para mostrarse vulnerable. · Proyecto de vida futuro (trabajo, independencia, cuidado de su hija). · Reconocimiento del apoyo de sus padres y vergüenza de pedir ayuda.
SESIÓN 7	· Cansancio severo; dolor de espalda constante por cargar a su hijo. · Considera faltar al CAM por salud. · Idea de cuidarse a sí misma sin sentirse mala madre. · Habla de su deseo de tener otro hijo y preocupaciones sobre su salud reproductiva. · Se explora su dificultad para pedir ayuda y su tendencia a sobrecargarse.	· Cambios conductuales del esposo (días sobrio). · Intentos de mejorar la convivencia familiar. · Primeras muestras de toma de responsabilidad del esposo. · Dudas sobre la estabilidad del cambio.	· Días de sobriedad del esposo y cambios en la dinámica familiar. · Expresión de afecto y convivencia positiva con él. · Dudas sobre la estabilidad del cambio. · Reflexión sobre la falta de relación padre-hija. · Propuesta de actividades para fortalecer el vínculo familiar. · Inseguridad de los cuidados de los demás hacia su hija que dificulta delegar cuidados.

SESIÓN 8	· Temor por acudir a estudios médicos y que le encuentren “algo grave”. · Habla de experiencias previas con infecciones y procedimientos médicos. · Miedo a que una enfermedad la incapacite y “¿quién cuidará a su hijo?”. · Reflexiona sobre la falta de apoyo real de su hermana, quien vive con ella pero aporta poco. · Empieza a cuestionar la dinámica de sobrecarga de trabajo hacia ella.	· Reflexión sobre la dinámica familiar. · Dificultad del esposo para vincularse con la hija. · Propuestas para integrar al padre en cuidados. · Reconocimiento de patrones repetitivos en la relación.	· Recaídas intermitentes del esposo. · Dificultad para confiar en él. · Conversaciones sobre el futuro de la relación y la familia. · Identificación de patrones de comunicación. · Exploración de estrategias para reforzar conductas positivas. · Reflexión sobre su rol activo en la dinámica familiar y en el cambio.
SESIÓN 9	· Episodio en casa de llanto espontáneo por agotamiento. · Su esposo la apoya: la escucha, baña al niño, la deja descansar lo que sorprende y genera alivio. · Se siente más libre de expresar emociones sin miedo a represalias. · Reconoce que no todo es violencia, pero que sigue habiendo miedo.	· Problema administrativo en la escuela y culpa excesiva. · Ansiedad social y miedo al juicio externo. · Revisión de responsabilidades reales vs. imaginadas. · Avances del esposo en reducir el consumo.	· Incidente con la directora del CAM y sentimientos intensos de culpa y vergüenza. · Análisis del evento y redistribución de responsabilidades. · Manejo de la ansiedad social y miedo al juicio. · Revisión del avance del esposo en el consumo. · Conversación sobre el deseo de un nuevo embarazo. · Reflexión sobre límites, autocuidado y decisiones futuras.

SESIÓN 10	· Cambios logrados: aumento en seguridad, capacidad de hablar, reducción del miedo y angustia interna. · Nota que su esposo se enoja menos y que ella puede responder sin temor. · Reconoce que antes “<i>se quedaba callada</i>” y ahora puede defenderse. · Se siente más libre, más tranquila y con más claridad sobre lo que quiere. · Agradece el espacio terapéutico porque “sacó todo lo que tenía guardado”.	· Conversación con el esposo sobre dejar el alcohol. · Planes de vida (otro embarazo, estudios médicos). · Condiciones para confiar nuevamente. · Reflexión sobre el futuro y la estabilidad emocional.	· Continuación del análisis del incidente escolar y su impacto emocional. · Reconocimiento de que no fue su culpa. · Revisión del comportamiento del esposo y pequeños avances. · Conversación sobre estudios médicos para un nuevo embarazo. · Reflexión sobre su deseo de una vida distinta y más estable. · Cierre del proceso terapéutico previo a vacaciones.
--------------	--	--	---

8.3 Análisis del discurso materno durante la intervención

Los objetivos de esta investigación buscan describir la idealización del hijo, determinar la etapa de duelo materno, identificar los efectos del duelo en la vida de la madre y analizar el papel de la psicoterapia focal en su elaboración. Para analizar estos procesos se construyó una tabla de categorías como resultado del análisis del discurso materno durante la intervención, con subcategorías y dimensiones que emergen del análisis del material clínico y del marco teórico. La tabla 3 sintetiza esta estructura y constituye la base para el desarrollo del capítulo de resultados.

Tabla 3*Concentrado de Categorías y Subcategorías.*

Categorías	Subcategorías
1. Idealización del hijo o hija	1.1 Antes del diagnóstico · Fantasías del hijo ideal · Expectativas de desarrollo · Representaciones maternas previas
	1.2 Después del diagnóstico · Ruptura de la fantasía · Comparación con otros niños · Reacciones emocionales iniciales
2. Duelo materno	2.1 Duelo por el hijo(a) idealizado(a) · Pérdida del hijo(a) imaginado(a) · Resignificación del hijo o hija real
	2.2 Etapas del duelo · Negación · Ira · Negociación · Depresión · Aceptación
	2.3 Manifestaciones psíquicas del duelo · Culpa · Silenciamiento · Idealización · Ambivalencia · Sobreprotección · Mecanismos defensivos · Dificultad para simbolizar
	2.4 Duelo y función materna · Impacto de la discapacidad en la maternidad · Vínculo madre-hijo(a) · Capacidad de sostén

3. Impacto del duelo en la vida de la madre	3.1 Proyecto de vida · Antes del diagnóstico · Después del diagnóstico · Renuncias, pausas, reconfiguraciones 3.2 Funcionamiento familiar · Familia nuclear · Familia extensa · Comunicación, afectividad, roles 3.3 Recursos de la madre · Personales · De la pareja · Redes de apoyo 3.4 Estigma social y maternaje · Miradas externas · Vergüenza · Comparaciones · Mandatos de género
4. Elementos terapéuticos	4.1 Intervenciones de la terapeuta · Interpretación · Confrontación · Señalamiento · Contención · Delimitación del foco 4.2 Procesos internos de la madre · Insight · Simbolización · Reorganización del sentido · Elaboración del duelo 4.3 Cambios observados · En el vínculo con el hijo · En la percepción del diagnóstico · En la relación consigo misma · En la relación con la pareja

8.3.1 CATEGORÍA 1: IDEALIZACIÓN DEL HIJO O HIJA

Como ya se sostuvo en el marco teórico, la idealización del hijo o hija es un proceso común cuando una mujer se encuentra embarazada. En los tres casos estudiados, la idealización aparece como una construcción previa al nacimiento y se transforma tras el diagnóstico de sus hijas e hijo, generando un quiebre emocional que marca el inicio del duelo.

1.1 Idealización del hijo o la hija antes del diagnóstico.

Al recibir la noticia de un embarazo, la futura madre comienza a generar fantasías con respecto a la manera en que este hijo se integrará a la vida de ella en todas sus esferas (personal, familiar, laboral, social, etc.). La madre espera cambios a los cuales ella se pueda adaptar de una manera “normal” y no le generen más dificultades que las que un hijo le puede generar a la mayoría de las mamás. Antes del diagnóstico, las tres madres elaboraron representaciones idealizadas del hijo que esperaban. Estas fantasías incluían expectativas sobre el desarrollo, la independencia, la salud y el futuro de su bebé. La idealización funcionaba como un elemento que daba sentido a la maternidad y al proyecto de vida.

En las siguientes frases maternas se pueden observar algunas de las fantasías que las madres generaban al saber que estaban embarazadas.

Aurora imaginaba un hijo sano, autónomo y con un desarrollo típico. Lo expresa al decir:

“Yo pensé que iba a ser diferente... que iba a poder hacer cosas como los demás niños.”

En Ofelia, la idealización se vincula con la fantasía de una maternidad tranquila y con una bebé sin complicaciones:

“Yo siempre pensé que mi hija iba a caminar rápido... que iba a ser como los demás.”

En Paula la idealización de su hija aparece como una comparación constante:

“Cuando veo a los niños caminar... me imagino cómo sería mi hija si estuviera bien.”

1.2 Idealización del hijo o hija después del diagnóstico.

Las madres experimentan un choque al recibir la noticia de que su hijo o hija, a quien ya habían visualizado sano, tendrá una enfermedad incurable que le impedirá adaptarse como otros niños(as) a la vida en general. Esto genera contenidos en sus discursos donde la madre experimenta una pérdida, comienza un duelo y vive todas sus etapas. Además las madres comienzan a “aceptar” la circunstancia de sus hijos y comienza a generar otras fantasías en parte inalcanzables acerca de su hijo en estas condiciones.

Tras el diagnóstico, Aurora experimenta una ruptura entre el hijo imaginado y el hijo real: *“Cuando lo veo batallar... me vuelve todo a la cabeza.”* La idealización rota en Aurora se reactiva cada vez que el hijo enfrenta dificultades. La comparación constante con el ideal previo intensifica el dolor.

En Ofelia la idealización se transforma en autoexigencia y culpa: *“A veces siento feo cuando veo que otros niños ya hacen cosas que ella no.”* La comparación con otros niños funciona como un recordatorio permanente de la pérdida del hijo idealizado. La idealización se vuelve una constante evaluación.

En Paula, la idealización después del diagnóstico se mezcla con el trauma de la pérdida real: *“Siento que sería diferente... más libre si ella no tuviera ésto.”* Esta frase muestra la tensión entre la aceptación y la fantasía. La idealización de la hija sin discapacidad convive con el deseo de una realidad distinta.

8.3.2 CATEGORÍA 2: DUELO MATERNO

El duelo constituye el eje central en la experiencia de las tres madres participantes. Desde el psicoanálisis, el duelo implica un proceso de desinversión del objeto perdido y una reorganización psíquica frente a la realidad (Freud, 1993). En este trabajo, el duelo no se limita a la muerte física de su hija o hijo, sino que incluye la pérdida del hijo idealizado, la ruptura de expectativas y, en el caso de Paula, la vivencia traumática de una muerte real de otra hija.

2.1 Duelo por el hijo(a) idealizado(a)

En los tres casos, el duelo inicia con la ruptura de la fantasía del hijo ideal. La discapacidad confronta a las madres con una realidad inesperada que desestabiliza su identidad materna y su proyecto de vida.

Aurora expresa la distancia entre el hijo imaginado y el hijo real: *“Yo pensé que iba a ser diferente... que iba a poder hacer cosas como los demás niños.”* Esta frase muestra la pérdida del hijo idealizado y el inicio del duelo. La resignificación del hijo real aparece lentamente en el proceso terapéutico, cuando Aurora comienza a reconocer sus capacidades reales y no solo sus limitaciones.

En Ofelia, la pérdida del hijo idealizado se manifiesta en la comparación constante: *“A veces siento feo cuando veo que otros niños ya hacen cosas que ella no. Cuando veo a otros niños, me duele... siento que algo se rompió.”* La idealización previa se convierte en una fuente de dolor. La resignificación de la hija real ocurre cuando Ofelia empieza a valorar los avances propios de su hija sin hacer comparaciones.

Paula vive un duelo doble: por la hija fallecida y por la discapacidad de su hija viva. Sobre la bebé que murió, dice: *“Me hubiera gustado verla... saber cómo hubiera sido.”* Aquí la hija idealizada se vuelve absoluta, sin límites ni fallas. Sobre su hija con discapacidad, la pérdida de la hija imaginada aparece en: *“Cuando veo a los niños caminar... me imagino cómo sería ella si estuviera bien.”* La resignificación de la hija real es un proceso más lento debido al trauma previo.

2.2 Etapas del duelo

Las etapas del duelo no aparecen de forma lineal, sino como movimientos que se reactivan ante cada momento del desarrollo de la hija o hijo y ante cada situación estresante.

Etapa de Negación

Aurora: *“Pensé que se iba a componer con el tiempo.”*

Ofelia: *“Yo creía que solo era cuestión de terapia.”*

Paula: *“No entendía por qué pasaba esto... no lo quería creer.”, “No quería creer lo que me dijeron... pensé que se habían equivocado.”*

Etapa de Ira

Aurora muestra irritabilidad consigo misma y con el entorno: *“A veces me enojo... no sé ni con quién, pero me enojo.”*

Ofelia expresa enojo hacia la situación y hacia la falta de apoyo: *“Me molesta ver que nadie me ayuda... que todo recae en mí.”*

Paula dirige la ira hacia el destino, hacia el cuerpo y hacia la pareja: *“Me da coraje... ¿por qué a ella?, ¿por qué a mí?”*

Etapa de Negociación

Aurora intenta “hacer más” para compensar: *“Si hago más ejercicios con él, tal vez mejore.”*

Ofelia busca explicaciones médicas o espirituales: *“Yo decía: si le echo ganas, si la llevo a todo, va a avanzar.”*

Paula fantasea con escenarios alternos: *“A veces pienso que si hubiera hecho algo distinto... tal vez no estaría así.”*

Etapas de Depresión

Aurora reporta tristeza silenciosa y culpa: *“Hay días que no quiero levantarme... me pesa todo.”*

Ofelia describe agotamiento emocional y sensación de fracaso: *“Me siento cansada... como si ya no pudiera más.”*

Paula narra episodios de llanto, vacío y retraimiento: *“Me siento vacía... como si algo se hubiera apagado.”*

Etapas de Aceptación

La aceptación aparece como momentos breves, no como un estado permanente y se ajusta el proceso de idealización para integrar elementos de mayor principio de realidad:

Aurora reconoce avances reales del hijo: *“Creo que él tiene su propio ritmo... y está bien.”*

Ofelia reduce la comparación de su hija con otros niños: *“Ya no la comparo tanto... ella va a su paso.”*

Paula empieza a ver a su hija como una niña con necesidades reales: *“Estoy aprendiendo a verla como es... no como lo que imaginé.”*

2.3. Manifestaciones psíquicas del duelo

Culpa

En los discursos maternos aparecen contenidos culpígenos relacionados a la discapacidad de sus hijos. La culpa fija el duelo y dificulta la aceptación.

Aurora: *“Siento que yo fallé.”*

Ofelia: *“A veces pienso que fue mi culpa... que no me cuidé bien.”*

Paula: *“Yo siento que no hice lo suficiente.”*

Silenciamiento

El silencio es una respuesta frecuente frente al malestar y sufrimiento emocional. El silencio funciona como defensa frente al dolor.

Aurora: *“Yo no digo nada... para qué, si nadie entiende.”*

Ofelia: *“Me agunto... no quiero preocupar a nadie.”*

Paula: *“Como que no puedo sacarlo... siento que no puedo llorar.”*

Idealización

La idealización hacia tiempos pasados e identidad de sí mismas aparece también como una defensa en los discursos maternos.

Aurora idealiza el pasado: *“antes era más fácil”*

Ofelia idealiza la maternidad perfecta: *“Tengo que ser fuerte”*

Paula idealiza a la hija fallecida y a la hija sana que no tuvo: *“Mi bebé... ella hubiera sido perfecta.”*

Ambivalencia

Aurora reporta la dualidad de amor y frustración simultáneos: *“A veces me desespero... y luego me siento mal por desesperarme.”*

Ofelia describe cómo el amor y la tristeza se entrelazan hacia su hija: *“La amo... pero me duele verla así.”*

Paula detalla un amor profundo sumado a un miedo paralizante: *“La quiero con todo... pero me da miedo verla sufrir.”*

Sobreprotección

Las tres participantes coinciden en un vínculo sobreprotector hacia sus hijos asociado a la discapacidad que incluye miedo y garantiza tranquilidad.

Aurora: *“No lo dejo con nadie... me da miedo que no lo cuiden bien.”*

Ofelia: *“Prefiero hacer yo todo... así estoy más tranquila.”*

Paula presenta una sobreprotección intensa: *“Me da miedo que le pase algo... por eso no la dejo con nadie.”*

Mecanismos defensivos

Represión (Aurora): *“No quiero pensar en eso... me hace daño.”*

Racionalización (Ofelia): *“Así me tocó... ni modo.”*

Omnipotencia materna (Paula): *“Si yo no estoy, nadie puede con ella.”*

Dificultad para simbolizar

Especialmente en Paula, donde el trauma bloquea la elaboración: *“No puedo ni hablar de eso... me duele mucho.”*

2.4 Duelo y función materna

Impacto en la maternidad y en el vínculo madre–hijo(a)

Los relatos maternos en las sesiones de psicoterapia describen cómo los procesos de duelo inciden directamente en la función materna, entendida como la capacidad de sostén, disponibilidad emocional y construcción del vínculo.

En Aurora, el duelo genera ambivalencia en el vínculo: *“A veces me desespero... y luego me siento mal por desesperarme.”* En esta participante, la función materna se ve afectada por la autoexigencia y la culpa.

En Ofelia, el duelo se mezcla con la sobrecarga del cuidado: maternaje sacrificado, poca corresponsabilidad de la pareja, agotamiento emocional. Esto afecta la disponibilidad afectiva. *“Yo hago todo... pero a veces ya no puedo más.”*

En Paula el duelo traumático de su hija muerta por cáncer intensifica la sobreprotección de la segunda hija con discapacidad: *“Nadie la va a cuidar como yo...Siento que si me relajo tantito, algo malo puede pasar.”* La función materna se vuelve hiperresponsable, ansiosa y temerosa, dificultando la autonomía de la niña y la participación del padre.

Estos fragmentos muestran cómo el duelo afecta la disponibilidad emocional, el maternaje y la construcción del vínculo.

8.3.3 CATEGORÍA 3: IMPACTO DEL DUELO EN LA VIDA DE LA MADRE

El duelo por el/la hijo(a) idealizado(a) no solo afecta el mundo interno de las madres, sino que transforma su proyecto de vida, su funcionamiento familiar, sus recursos personales y la manera en que viven el maternaje en un contexto de estigma social. En los tres casos, el duelo se convierte en el elemento central que afecta la vida cotidiana, generando renunciaciones, sobrecarga emocional y cambios profundos en la identidad de la madre.

3.1 Renunciaciones, pausas y reconfiguraciones tras el diagnóstico

El diagnóstico de discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo produce un quiebre en el proyecto de vida de las madres. Las tres participantes describen renunciaciones significativas en lo laboral, lo personal y lo afectivo.

Antes del diagnóstico, Aurora imaginaba una vida equilibrada entre trabajo, maternidad y desarrollo personal. Después de recibir el diagnóstico de su hijo, su proyecto de vida se modifica por completo: *“Yo dejé de trabajar... ya no pude seguir con mis planes. Todo gira en torno a él.”* La renuncia laboral y la reorganización de su tiempo muestran cómo el duelo afecta su autonomía y su identidad.

Ofelia describe un antes y un después del diagnóstico en su vida muy marcado: *“Yo tenía otros planes... pero ahora todo es para ella. A veces siento que mi vida se detuvo.”* El duelo se traduce en una pausa forzada en su desarrollo personal y profesional.

En Paula, el proyecto de vida no sólo está atravesado por la discapacidad de su hija sino por el trauma de la pérdida previa de su otra hija: *“Después de lo que pasó con mi bebé... ya no soy la misma. Con mi hija tuve que cambiar todo... hasta cómo vivo.”* La reconfiguración no solo es práctica, sino identitaria.

3.2 Funcionamiento familiar

Las participantes describen conflictos familiares frecuentes, particularmente centrados en la falta de apoyo práctico y emocional y en conflictos en la relación de pareja con presencia de falta de corresponsabilidad en la crianza, violencia, consumo de sustancias e ideas de separación.

Aurora describe una distancia emocional con su pareja: *“Siento que ya no somos los mismos. Él no entiende lo que yo siento.”* La comunicación y la afectividad se vuelven limitada. La familia extensa aparece poco como recurso de apoyo.

Ofelia expresa frustración por la falta de corresponsabilidad: *“Todo recae en mí... él casi no ayuda. A veces siento que estoy sola aunque esté acompañada.”* La distribución desigual de responsabilidades intensifica el duelo y la sobrecarga.

Paula muestra un funcionamiento familiar fracturado: *“Yo ya me harté... cada quien su camino. No puedo contar con él... me deja todo a mí.”* La familia extensa tampoco aparece como sostén, lo que incrementa su vulnerabilidad emocional.

3.3 Recursos de la madre

Los recursos personales para enfrentar la sobrecarga del cuidado infantil es diferenciada, sin embargo las tres participantes reportan elevado agotamiento y una

asimetría con la pareja en la responsabilidad del cuidado intensificando la experiencia materna como una solitaria.

Aurora cuenta con recursos personales, pero limitados: *“Yo trato de ser fuerte... pero a veces no puedo.”* Su pareja aporta poco emocionalmente y su red de apoyo es reducida.

Ofelia muestra resiliencia, pero con desgaste: *“Yo hago todo lo que puedo... pero me canso.”* La falta de apoyo de la pareja disminuye sus recursos afectivos y prácticos.

Paula tiene recursos internos, pero están atravesados por el trauma: *“Yo sola puedo con ella... aunque me duela.”* La omnipotencia materna funciona como defensa, pero también como carga. Sus redes de apoyo son escasas, lo que intensifica la sobrecarga.

3.4 Estigma social y maternaje

El estigma social aparece como un factor que profundiza el duelo y afecta el maternaje.

Aurora se siente observada y juzgada: *“La gente lo ve raro... y eso me duele. A veces prefiero no salir.”* El estigma refuerza el aislamiento y la inseguridad materna.

Ofelia experimenta vergüenza y autoacusación: *“Cuando la ven, siento que me miran a mí... como si fuera mi culpa.”* La comparación social intensifica la culpa y la sensación de insuficiencia.

Paula vive el estigma de forma más intensa: *“La gente pregunta cosas feas... me hace sentir mal. A veces siento que nos ven como si fuéramos menos.”* El estigma se suma al duelo traumático, generando una doble carga emocional.

En los tres casos, la psicoterapia focal se convierte en un espacio para nombrar estas pérdidas, resignificarlas y comenzar a reconstruir un sentido propio frente a la discapacidad.

8.3.4 CATEGORÍA 4: ELEMENTOS TERAPÉUTICOS

La psicoterapia focal constituyó un espacio donde las madres pudieron nombrar su dolor, simbolizar la pérdida del hijo idealizado y reorganizar su experiencia subjetiva frente al diagnóstico. En los tres casos, la intervención terapéutica permitió delimitar un foco, trabajar defensas, promover insight y favorecer cambios en el vínculo, en la percepción del diagnóstico y en la relación consigo mismas.

4.1 Intervenciones de la terapeuta

Interpretación

La interpretación permitió hacer consciente el conflicto central y vincular afectos, fantasías y defensas.

En Aurora la interpretación apuntó a la idealización y a la culpa: *“Cuando me dijiste que quizá yo esperaba que fuera como los demás... me cayó el veinte.”*

En Ofelia la interpretación permitió reconocer el duelo: *“Nunca había pensado que me dolía tanto compararla.”*

En Paula la interpretación conectó el trauma previo de la muerte de su hija con la sobreprotección actual de su hija con discapacidad: *“Cuando me dijiste que todavía cargo lo de mi bebé... entendí muchas cosas.”*

Confrontación

La confrontación se utilizó de manera cuidadosa para evidenciar contradicciones abriendo espacio para facilitar el insight en las tres participantes:

Aurora: *“Sí, a veces digo que estoy bien... pero no estoy bien.”*

Ofelia: *“Es cierto... digo que puedo sola, pero no puedo.”*

Paula: *“Me cuesta aceptar que no dejo que nadie la cuide.”*

Señalamiento

El señalamiento permitió visibilizar patrones repetitivos en las madres.

Aurora: *“Siempre termino sintiéndome culpable.”*

Ofelia: *“Me doy cuenta de que siempre me exijo más.”*

Paula: *“Otra vez estoy pensando que algo malo va a pasar.”*

Contención y creación de un espacio de sostén emocional

La contención fue fundamental para sostener afectos intensos, especialmente en Paula.

Aurora: *“Aquí sí puedo decir lo que siento.”*

Ofelia: *“Me siento escuchada... como si por fin alguien entendiera.”*

Paula: *“Aquí puedo llorar... afuera no.”*

Delimitación del foco

El foco terapéutico permitió organizar el trabajo clínico alrededor del duelo materno frente a la discapacidad de sus hijos.

Aurora lo expresa claramente: *“Creo que todo viene de lo que pasó... y de lo que tengo miedo que pase.”*

4.2 Procesos internos de la madre

Insight

El insight aparece como momentos de comprensión emocional profunda.

Aurora: *“No es que él esté mal... es que yo esperaba otra cosa.”*

Ofelia: *“Me doy cuenta de que me comparo porque me duele.”*

Paula: *“Creo que no he dejado ir a mi bebé.”*

Simbolización

La simbolización permitió transformar afectos en palabras.

Aurora: *“Es como si hubiera perdido una idea... no a mi hijo.”*

Ofelia: *“Me duele su diferencia... pero también la quiero así.”*

Paula: *“Siento que cargo dos duelos... el de mi bebé y el de ella.”*

Reorganización del sentido

Las madres inician a construir nuevas narrativas acerca de su maternidad en el espacio terapéutico.

Aurora: *“Él tiene su propio ritmo... y yo tengo que aprenderlo.”*

Ofelia: *“No todo es pérdida... también hay cosas bonitas.”*

Paula: *“Estoy aprendiendo a verla como es... no como lo que imaginé.”*

Elaboración del duelo

La elaboración del duelo se observa en la capacidad de aceptar la realidad sin negarla ni idealizarla.

Aurora: *“Ya no me duele como antes... lo veo diferente.”*

Ofelia: *“Ya no la comparo tanto... ella va a su paso.”*

Paula: *“Creo que puedo empezar a soltar un poquito.”*

4.3 Cambios observados

Se identifican en las madres cambios en las respuestas emocionales hacia sus hijos que permiten incrementar la sensibilidad para identificar necesidades, disminuir la evitación como defensa al miedo, y lograr disfrutar la interacción en el vínculo con el/la hijo/a.

Aurora: *“Lo disfruto más... antes solo veía lo que no podía.”*

Ofelia: *“Ya no me desespero tanto... la escucho más.”*

Paula: *“La abrazo diferente... ya no con miedo.”*

En la percepción del diagnóstico

Al final del proceso terapéutico, el significado del diagnóstico de discapacidad de sus hijos en las vidas de las madres cambia de significado integrando elementos de posibilidad y realidad, con ello tiene efectos en la forma en que se experimenta y afecta su relación con sus hijos y su vivencia materna a futuro.

Aurora: *“No es una sentencia... es una condición.”*

Ofelia: *“Ya no lo veo como un castigo.”*

Paula: *“Puedo ver lo que sí puede... no solo lo que no.”*

En la relación consigo misma

Se identifica en los discursos maternos una disminución de la culpa, la autoexigencia y el auto castigo.

Aurora: *“Me estoy quitando culpas que no son mías.”*

Ofelia: *“Me permito descansar... antes no.”*

Paula: *“Estoy aprendiendo a no exigirme tanto.”*

En la relación con la pareja

La relación de pareja resultó central en las experiencias psicoterapéuticas de las participantes, y al finalizar esta existe una integración entre el reconocimiento de la

tensión pero también de mayor apertura a la relación y comunicación para compartir el estado emocional y disminuir la sensación de soledad en la experiencia de crianza.

Aurora: *“Le digo más lo que siento.”*

Ofelia: *“Hablamos más... aunque a veces no cambie mucho.”*

Paula: *“Ya no espero que él haga todo... pero tampoco me quedo callada.”*

En general se identifican discursos maternos que reflejan a la psicoterapia focal como un espacio para permitirse nombrar el duelo, flexibilizar defensas, promover insight, reorganizar el sentido de la maternidad y generar cambios observables en el vínculo con sus hijos, la percepción del diagnóstico y la relación consigo mismas. En los tres casos, la intervención se convierte en un espacio de transformación subjetiva que posibilita una maternidad más realista, menos culpígena y más conectada con el hijo o hija real.

9. DISCUSIÓN

La presente discusión expone los hallazgos clínicos de las intervenciones psicoterapéuticas realizadas con las tres participantes del estudio que tuvo como objetivo general *analizar el proceso de psicoterapia focal breve en madres de niños(as) con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo que presentan duelo por la pérdida de su hijo(a) idealizado(a)*.

Siguiendo los objetivos de investigación y el enfoque psicoanalítico, los resultados se organizaron en torno a una matriz de categorías previamente construida, la cual permitió sistematizar los contenidos emergentes del material clínico y articularlos con los conceptos teóricos centrales: idealización, duelo, función materna y elementos terapéuticos. Este procedimiento permitió reconocer patrones comunes entre las participantes, así como particularidades derivadas de su historia personal, su contexto familiar y la especificidad del diagnóstico de sus hijos e hijas.

La discusión se organiza en cuatro categorías principales articuladas con los objetivos específicos del estudio. La primera aborda la idealización del hijo o hija, entendida como el punto de partida del duelo y como un organizador narcisista que se fractura con el diagnóstico. La segunda categoría desarrolla el proceso de duelo, sus etapas, manifestaciones psíquicas y efectos en la función materna. La tercera categoría analiza el impacto del duelo en la vida cotidiana de las madres, incluyendo su proyecto de vida, el funcionamiento familiar, los recursos personales y las experiencias de estigma social. Finalmente, la cuarta categoría presenta los elementos terapéuticos que emergieron durante la intervención, así como los procesos internos y los cambios observados en cada participante.

En conjunto, los resultados permiten comprender la complejidad emocional que enfrentan las madres de infantes con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo y muestran las aportaciones de la psicoterapia focalizada en favorecer la simbolización, la reorganización subjetiva y la elaboración del duelo. A continuación, se discuten los hallazgos correspondientes a cada categoría. Los hallazgos obtenidos en este estudio permiten comprender cómo las madres de infantes con discapacidad motora por trastornos en el neurodesarrollo atraviesan procesos de duelo complejos,

prolongados y vinculados con la idealización del hijo o hija, la función materna y las condiciones socioculturales que rodean la maternidad. La psicoterapia focal, desde un enfoque psicoanalítico, se mostró como un dispositivo clínico pertinente para favorecer la simbolización, la reorganización subjetiva y la elaboración del duelo. A continuación, se discuten los principales hallazgos organizados por los objetivos específicos a la luz del marco teórico.

La idealización del hijo o hija antes del nacimiento constituye un eje central para comprender la importancia del duelo en las madres de niños con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo. Se entiende que toda maternidad implica la construcción de un hijo(a) imaginado(a), una figura cargada de expectativas, deseos y proyecciones. Freud (1993) señala que el duelo se activa precisamente cuando se pierde un objeto investido libidinalmente, y en estos casos, lo que se pierde no es solo la idea de un hijo(a) sano(a), sino la fantasía anticipada de un desarrollo típico que sostenía la identidad materna. En las tres participantes, se observa esta construcción previa del hijo(a) idealizado(a).

Fiorini (1995) describe que la idealización cumple una función organizadora del psiquismo, pues permite anticipar un vínculo y proyectar un futuro. Cuando el diagnóstico de sus hijos irrumpe, esta estructura se fractura en las tres participantes, generando un impacto emocional que excede lo médico. Esto se refleja en los sentimientos de culpa, desorientación y tristeza que emergen en Aurora, Ofelia y Paula, afectos que, como señala Freud (1993), forman parte del trabajo psíquico de desinvestidura y reinvestidura del objeto perdido.

Asimismo, Bruce y Schultz (2001) plantean que el duelo en la discapacidad infantil es crónico y recurrente, porque la pérdida del hijo(a) imaginado(a) no ocurre una sola vez, sino que se reactiva en cada confrontación con la diferencia. Esto explica los movimientos de negación, enojo o negociación que aparecen en los resultados, los cuales pueden leerse como intentos de las participantes de sostener o reparar la imagen idealizada que se ha derrumbado. De este modo, la idealización previa al nacimiento no es un elemento secundario, sino un componente estructural que permite

comprender la profundidad del dolor y la complejidad del proceso de elaboración subjetiva en estas madres.

Los resultados muestran que las tres madres construyeron representaciones idealizadas del hijo antes del diagnóstico, lo cual coincide con lo planteado por Freud (1993) respecto al carácter del amor parental demostrando que el hijo(a) es investido(a) como portador(a) de los ideales y deseos inconscientes de la madre. La discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo aparece como un acontecimiento que fractura esta fantasía del hijo ideal, generando un desequilibrio en la identidad materna. Este hallazgo coincide con la literatura sobre duelo por discapacidad, donde se señala que el diagnóstico implica la pérdida del hijo imaginado y la confrontación con una realidad que no se ajusta a las expectativas parentales (Andromeda et al., 2023). En los tres casos, la ruptura del ideal se vivió como dolor, culpa y desorientación materna, lo cual confirma que la idealización funciona como defensa frente a la angustia y que su caída precipita el inicio del duelo.

Se observó en los tres procesos terapéuticos, evidencia de que cuando las madres mantienen de manera rígida la imagen del hijo(a) idealizado(a), el duelo queda suspendido y se dificulta la integración psíquica de la realidad del niño. Freud (1993) señala que el duelo se complica cuando el yo no logra desinvertir la representación perdida, lo que genera fijaciones afectivas que se expresan en culpa persistente, frustración y autoexigencia. En este contexto, las madres del presente estudio continúan comparando al hijo o hija real con la fantasía previa al diagnóstico, lo que produce una relación ambivalente marcada por oscilaciones entre la sobreprotección y la decepción. Fiorini (2004) describe este fenómeno como una tensión entre el ideal y lo posible, donde la idealización funciona como defensa frente al dolor, pero al mismo tiempo impide reconocer las necesidades reales del niño o niña. Para el hijo(a), esta discrepancia se traduce en expectativas imposibles y en una menor posibilidad de desarrollar autonomía y seguridad emocional. Bruce y Schultz (2001) sostienen que, en la discapacidad infantil, la persistencia del idealizado reactiva de manera crónica el duelo, afectando tanto la salud mental materna como el desarrollo emocional del niño,

al obstaculizar la construcción de un vínculo suficientemente bueno basado en la aceptación del hijo o hija real.

El análisis de los tres casos permitió identificar que el proceso de duelo asociado a la discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo no se desarrolla de manera lineal, sino a través de movimientos psíquicos oscilatorios que se reactivan en distintos momentos del desarrollo del niño como señalan Bruce y Schultz (2001). En las participantes se observa un desarrollo que inicia con la ruptura de la idealización previa al nacimiento, seguida por reacciones de negación, culpa y enojo, que coinciden con lo descrito por Freud (1993) respecto a las primeras defensas frente a la pérdida. Posteriormente emergen intentos de negociación interna y sentimientos de tristeza profunda vinculados a la caída del hijo imaginado, lo cual se articula con la noción de Fiorini (2004) sobre la reorganización subjetiva necesaria para integrar la realidad del hijo. Finalmente, aunque se identifican momentos de aceptación cada vez más presentes en las últimas sesiones de los procesos psicoterapéuticos, estos no representan un cierre definitivo, sino un estado transitorio dentro de un duelo crónico y recurrente, tal como lo plantean Bruce y Schultz (2001). Así, el proceso de duelo en estas madres se caracteriza por oscilaciones entre idealización, confrontación y resignificación, que impactan tanto la función materna como la disponibilidad emocional hacia el hijo.

La no linealidad de las etapas del duelo en las participantes, reactivados ante cada momento importante del desarrollo del hijo o hija, coincide con los modelos contemporáneos de duelo crónico y duelo no normativo, donde la pérdida no se cierra, sino que se reactualiza constantemente como lo mencionan Bruce y Schultz (2001). En Aurora y Ofelia, el duelo se manifiesta como: negación inicial, culpa persistente, ambivalencia afectiva y episodios de tristeza reactiva. En Paula, el duelo adquiere características traumáticas debido a la muerte previa de su hija, lo cual coincide con la literatura sobre cómo ante duelos de pérdidas traumáticas se observa dificultad para simbolizar, sobreprotección extrema en el hijo que permanece y miedo constante a la pérdida.

Estas reacciones maternas tienen el riesgo de que, en caso de mantenerse, se conviertan en obstáculos para la crianza de los infantes con discapacidad y pueden hacer como señalan Noriega, Díaz y Breyner (2022) una diferencia entre el desarrollo autónomo y el desarrollo dependiente de las niñas y niños, en donde la sobreprotección se ha asociado a problemas de atención y conductas desafiantes infantiles. Estos hallazgos dialogan con Freud (1993), quien plantea que el duelo implica un trabajo psíquico de desinvestidura del objeto perdido, pero también con autores contemporáneos que señalan que, en casos de discapacidad, el duelo es permanente porque la pérdida se reactiva en cada etapa del desarrollo (Bruce & Schultz, 2001).

El duelo por el hijo(a) idealizado(a) tiene efectos profundos en la vida emocional y cotidiana de las madres, mostrando la pérdida de una representación cargada de deseo, expectativas y continuidad narcisista. Freud (1993) señala que, cuando el yo no logra desinvertir la imagen perdida, el duelo se vuelve un proceso doloroso y persistente que afecta la autoestima y la disponibilidad afectiva. En las madres de niños con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo, esta dificultad se expresa en sentimientos de culpa, autoexigencia y tristeza recurrente, que coinciden con lo planteado por Fiorini (2004) respecto a cómo la caída del ideal confronta al sujeto con sus límites y fragilidades. Además, la persistencia del hijo(a) imaginado(a) genera tensiones en la vida cotidiana: las madres oscilan entre la sobreprotección y la frustración, experimentan agotamiento emocional y viven la maternidad desde un lugar de deuda o insuficiencia. Bruce y Schultz (2001) describen este fenómeno como un duelo crónico y reactivado, que no solo afecta la salud mental materna, sino también su capacidad para sostener un vínculo sensible y ajustado a las necesidades reales del niño o niña. Así, el duelo por el hijo(a) idealizado(a) no es un proceso interno aislado, sino una experiencia que permea la vida emocional, relacional y funcional de la madre, condicionando su bienestar y su modo de ejercer la maternidad.

La culpa aparece como un afecto transversal en las tres madres, lo cual coincide con la teoría psicoanalítica que vincula la culpa con la ambivalencia y con la fantasía inconsciente de haber fallado (Klein, 1935; Freud, 1993; Fiorini, 2004). El silenciamiento ante la experiencia observado en las tres participantes confirma lo señalado por la

literatura: las madres suelen ocultar su dolor por temor al juicio social, lo que dificulta la elaboración del duelo y favorece la cronificación del sufrimiento (Goffman, 2006; Olshansky, 1962, citado en Ingalls, 1982; Bruce & Schultz, 2001).

El estigma social asociado a la discapacidad opera como un mecanismo que intensifica el sufrimiento materno y, al mismo tiempo, inhibe la posibilidad de hablar del duelo y del malestar emocional. Goffman (2006) plantea que el estigma surge cuando una característica atribuida a una persona o a su entorno es socialmente devaluada, generando vergüenza, ocultamiento y esfuerzos por “manejar la impresión” frente a los demás. En el caso de las tres madres de niños con discapacidad motora que participaron en el estudio, este estigma se traduce en la exigencia de mostrarse fuertes, agradecidas y siempre disponibles, lo que dificulta reconocer y expresar emociones como tristeza, enojo o ambivalencia. Esta presión social refuerza la culpa y favorece el silencio, encapsulando el duelo y volviéndolo crónico, tal como señalan Bruce y Schultz (2001) en relación con los duelos no elaborados en contextos de discapacidad. Además, la imposibilidad de nombrar el malestar retrasa la búsqueda de apoyo profesional, limitando el acceso temprano a intervenciones que podrían favorecer tanto la salud mental materna como el desarrollo emocional del niño. Así, el estigma no solo afecta la subjetividad materna, sino que también tiene consecuencias clínicas y sociales al obstaculizar la elaboración del duelo y el acceso oportuno a acompañamiento terapéutico.

Los mecanismos defensivos identificados en las participantes de los procesos de psicoterapia focal breve incluyeron represión, racionalización, omnipotencia materna o idealización, lo cual coincide con lo descrito por Fenichel (2009) y por los autores de psicoterapia focal (Balint, Fiorini, Bellak), quienes señalan que las defensas se intensifican cuando el yo se enfrenta a pérdidas que amenazan su estabilidad. Los resultados muestran que el duelo afecta directamente la función materna, entendida desde Winnicott (1960) como la capacidad de sostén, contención y disponibilidad emocional. En Aurora y Ofelia, el duelo genera ambivalencia y sobrecarga, lo que afecta la calidad del vínculo con el infante. En Paula, el duelo traumático produce sobreprotección extrema, miedo a la pérdida y dificultad para delegar cuidados y

compartir la carga con otros. Estos hallazgos coinciden con la literatura que señala que el duelo no elaborado puede interferir en el maternaje afectando la disponibilidad emocional y la capacidad de sostén de la madre (Winnicott, 1956; Stern, 1995; Fiorini, 2004), generando vínculos ansiosos, hiper-responsabilidad o evitación afectiva, fenómenos descritos en la teoría psicoanalítica como efectos de la ambivalencia y la culpa no elaborada (Klein, 1932; Lebovici, 1987).

Los hallazgos del estudio muestran que la sobreprotección observada en algunas participantes no puede entenderse únicamente como un estilo de crianza, sino como una manifestación afectiva del duelo prolongado por la pérdida del hijo idealizado. Este resultado coincide con lo reportado por Noriega et al. (2022) , quienes describen patrones de cuidado intensificado en madres de niños con discapacidad intelectual, caracterizados por vigilancia constante y evitación de riesgos. Desde una lectura psicoanalítica, estas conductas pueden interpretarse como defensas frente a la angustia y la culpa que emergen tras el diagnóstico, en tanto la madre intenta sostener al hijo real ante la herida narcisista que implica la ruptura del hijo imaginado (Winnicott, 1960; Lebovici, 1987). La sobreprotección, entonces, aparece como un intento de reparación simbólica que busca mitigar la ambivalencia y reorganizar el impacto emocional del trauma (Klein, 1932; Freud, 1993; Fiorini, 2004). En este sentido, los resultados sugieren que la sobreprotección no solo refleja preocupación materna, sino que constituye un indicador clínico relevante del estado del duelo y de las tensiones internas que atraviesan la función materna en contextos de discapacidad.

Los resultados muestran que la psicoterapia focal breve contribuye de manera significativa en la elaboración del duelo por el hijo(a) idealizado(a), al ofrecer la flexibilidad de un espacio donde las madres pueden trabajar su propia historia y simbolizar afectos que permanecían encapsulados. Desde la perspectiva de Fiorini (2004), el dispositivo focal permite delimitar un conflicto central, en este caso, la pérdida del hijo(a) imaginado(a), y trabajar sobre él mediante intervenciones que favorecen la comprensión emocional y la reorganización subjetiva. En las tres madres participantes en el estudio, las interpretaciones, señalamientos y la contención afectiva facilitaron el reconocimiento de la pérdida, disminuyeron la culpa y permitieron diferenciar entre el

hijo real y el hijo idealizado, lo que coincide con la noción freudiana del duelo como un proceso de desinvertidura y reinvertidura afectiva (Freud, 1993). Asimismo, la posibilidad de nombrar el dolor y cuestionar los mandatos de fortaleza y autosacrificio redujo el impacto del estigma, abriendo camino a una aceptación más realista de su hijo o hija y a un vínculo menos ambivalente. En este sentido, la psicoterapia focal breve no solo acompaña el duelo, sino que también actúa como un dispositivo que previene su cronificación, tal como advierten Bruce y Schultz (2001) en relación con los duelos asociados a la discapacidad infantil.

En los tres casos del estudio, la psicoterapia focal breve permitió avances diferenciados pero coincidentes en la elaboración del duelo por el hijo(a) idealizado(a). En Aurora, el dispositivo facilitó nombrar por primera vez la tristeza y la culpa, lo que abrió un espacio de simbolización que, como plantea Fiorini (2004), es condición necesaria para reorganizar la experiencia emocional y flexibilizar defensas rígidas. En Ofelia, las intervenciones focales ayudaron a cuestionar el mandato de fortaleza que la llevaba a silenciar su dolor, permitiéndole reconocer la pérdida del hijo imaginado y disminuir la autoexigencia, en línea con la noción freudiana del duelo como proceso de desinvertidura afectiva (Freud, 1993). En Paula, la psicoterapia posibilitó separar su rol profesional del materno, lo que redujo la vergüenza y el juicio interno, favoreciendo una aceptación más realista del hijo y evitando la cronificación del duelo, tal como advierten Bruce y Schultz (2001). En conjunto, estos hallazgos muestran que la psicoterapia focal breve no solo acompaña el dolor, sino que habilita transformaciones subjetivas concretas que permiten a las madres transitar del ideal al hijo real, fortaleciendo el vínculo y su disponibilidad emocional.

El trabajo terapéutico de las 3 participantes reflejó cómo el duelo reorganiza la vida de las madres en múltiples niveles que incluyen renunciaciones laborales, pausas en el desarrollo personal, tensiones en la pareja, aislamiento social y experiencias de estigma. Estos hallazgos coinciden con estudios recientes que muestran que las madres de niños con discapacidad motora experimentan sobrecarga, desgaste emocional y dificultades en la corresponsabilidad familiar (Smith & Blamires, 2022; Rodríguez et al., 2024). El estigma social, especialmente en Paula, confirma lo

planteado por Du et al. (2023) sobre el impacto del estigma interno y externo en la salud mental de las familias.

Una de las aportaciones más significativas del estudio es la evidencia de que reconocer y validar emocionalmente a las madres constituye un acto clínico fundamental, en línea con lo planteado por Winnicott (1960) y Fiorini (2004) respecto al valor terapéutico del sostén emocional. El estigma social, los mandatos de fortaleza y la exigencia de autosacrificio generan un silenciamiento del dolor que encapsula el duelo y aumenta la culpa, tal como señalan Goffman (2006) y Bruce y Schultz (2001). En este contexto, la validación no es solo un gesto empático, sino una intervención terapéutica central que permite nombrar el sufrimiento, legitimar la ambivalencia y disminuir la vergüenza asociada a la discapacidad del hijo (Fiorini, 2004; Klein, 1932; Goffman, 2006). En las tres participantes, el reconocimiento de su experiencia subjetiva abrió espacio para la expresión emocional, facilitó la reorganización de la identidad materna y fortaleció su capacidad para vincularse con el hijo desde un lugar menos idealizado y más realista (Stern, 1995; Winnicott, 1960; Lebovici, 1987). Además, validar a estas mujeres adquiere una dimensión con valor social: contribuye a contrarrestar el impacto del estigma y a visibilizar la carga emocional que enfrentan, promoviendo una comprensión más humana y menos normativa de la maternidad en contextos de discapacidad (Goffman, 2006). Esta perspectiva subraya la necesidad de dispositivos clínicos que no solo atiendan el duelo, sino que también reconozcan la subjetividad de las madres como un componente esencial del bienestar familiar.

La intervención terapéutica permitió delimitar un foco clínico, trabajar defensas, promover insight, facilitar la simbolización y reorganizar el sentido del diagnóstico, procesos que coinciden con los planteamientos de Fiorini (2004) sobre la movilización de funciones yoicas en contextos de pérdida. Estos procesos coinciden con los planteamientos de Fiorini (2004) y Balint y Ornstein (1986), quienes señalan que la psicoterapia focal permite trabajar conflictos nucleares en un tiempo limitado, favoreciendo cambios dinámicos significativos. Los cambios observados en las madres al concluir los procesos terapéuticos entre los que destacan: mayor aceptación de la discapacidad de sus hijos, disminución de la culpa, flexibilización de la sobreprotección

y mejoría en el vínculo, confirman que la psicoterapia focal puede aportar mejoras como recurso clínico pertinente para el trabajo de duelo en madres de niños y niñas con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo (Bruce & Schultz, 2001; Klein, 1932; Winnicott, 1960).

Los hallazgos de este estudio aportan conocimiento que refleja al duelo por discapacidad como un proceso complejo, prolongado y profundamente vinculado con la idealización del hijo o hija, la función materna y el contexto sociocultural, en consonancia con lo planteado por Olshansky (citado en Ingalls, 1982), Bruce y Schultz (2001) y Winnicott (1960). La psicoterapia focal, desde un enfoque psicoanalítico, se muestra como una intervención eficaz para favorecer la simbolización, la reorganización subjetiva y la elaboración del duelo, permitiendo a las madres construir una relación más realista, menos culpígena y más amorosa con sus hijos e hijas (Fiorini, 2004, 1995; Balint & Ornstein, 1986; Stern, 1995).

Los resultados muestran que, si bien el duelo por la discapacidad es un proceso crónico y reactivado, la psicoterapia focal breve puede generar movimientos clínicos significativos en una madre responsable del cuidado principal de un hijo con discapacidad neuromotora en un periodo relativamente reducido, tal como lo plantean Olshansky (citado en Ingalls, 1982) y Bruce y Schultz (2001). Las diez sesiones permitieron delimitar un foco claro (la pérdida del hijo o hija idealizado(a)) y trabajar sobre él mediante intervenciones precisas que favorecieron la simbolización del dolor, la disminución de la culpa y la diferenciación entre el hijo(a) real y el imaginado(a), en consonancia con los aportes de Fiorini (2004), Winnicott (1960) y Lebovici (1987).

Resulta importante el análisis de la duración de la intervención. Aunque diez sesiones no son suficientes para elaborar por completo un duelo de esta naturaleza, sí se identificaron avances importantes en la reactivación de las funciones yoicas de las participantes, flexibilizar defensas y promover una reorganización subjetiva inicial (Fiorini, 2004; Stern, 1995). Un elemento clínico relevante fue el alto apego al tratamiento y el compromiso de las tres participantes, quienes asistieron de manera constante, se involucraron emocionalmente y llegaron a término del proceso. Este nivel de adherencia sugiere que el encuadre focal, al ser breve, claro y delimitado, favorece la participación activa y reduce el riesgo de abandono (Balint & Ornstein, 1986; Fiorini,

2004). La brevedad de la intervención también resulta un dispositivo pertinente en condiciones de vulnerabilidad. En conjunto, estos hallazgos indican que la psicoterapia focal breve es un dispositivo eficaz para iniciar la elaboración del duelo y prevenir su cronificación, aunque no sustituye procesos terapéuticos más prolongados cuando se requieren.

Un hallazgo inesperado del estudio fue la rapidez con la que las madres lograron movilizar funciones yóicas y simbolizar aspectos del duelo dentro de un encuadre de psicoterapia focal breve, en consonancia con lo planteado por Fiorini (2004) sobre la reorganización subjetiva en procesos de pérdida. Desde el marco teórico psicoanalítico, especialmente en el contexto de duelos complejos asociados a la discapacidad, se esperaba un proceso más prolongado y resistente al cambio (Olshansky, citado en Ingalls, 1982; Bruce & Schultz, 2001). Sin embargo, las tres participantes mostraron avances significativos en solo diez sesiones, lo que tensiona la idea tradicional de que el duelo por el hijo idealizado requiere intervenciones extensas y de larga duración (Winnicott, 1960; Lebovici, 1987). Este resultado sugiere que, cuando el foco está claramente delimitado, como plantea Fiorini (2004), es posible generar movimientos clínicos profundos en un tiempo acotado, lo cual abre nuevas preguntas sobre la eficacia del encuadre focal en duelos crónicos.

Otro hallazgo no anticipado fue el alto nivel de apego al tratamiento y compromiso emocional de las participantes. La literatura suele reportar que madres en contextos de discapacidad enfrentan múltiples barreras para sostener procesos terapéuticos tales como la carga de cuidados, la culpa, el estigma y la falta de tiempo, tal como señalan Goffman (2006) y Bruce y Schultz (2001). No obstante, en este estudio, todas asistieron de manera constante y llegaron a término, lo que contrasta con lo esperado y sugiere que un dispositivo breve, claro y emocionalmente contenedor puede favorecer la adherencia incluso en condiciones adversas.

Resultó sorprendente entre los hallazgos clínicos la intensidad del impacto del estigma en el silenciamiento del duelo. Aunque en el marco teórico se reconoce la presencia del estigma en la discapacidad, los relatos clínicos mostraron que este opera como un mecanismo que inhibe la expresión emocional, refuerza la culpa y retrasa la

búsqueda de ayuda, en mayor medida de lo anticipado (Goffman, 2006; Bruce & Schultz, 2001). Este hallazgo amplía la comprensión del estigma como un factor no solo social, sino profundamente subjetivo, moldea la vivencia del duelo y la identidad materna (Goffman, 2006; Stern, 1995). La fuerza de este fenómeno invita a reconsiderar su peso dentro del modelo psicoanalítico aplicado a la discapacidad, donde tradicionalmente se ha privilegiado el análisis intrapsíquico por encima de lo sociocultural.

Además de los procesos de duelo, idealización y estigma previamente discutidos, el análisis clínico reveló otros fenómenos relevantes que enriquecen la comprensión de la experiencia materna en contextos de discapacidad motora de sus hijos. En primer lugar, se observaron dificultades significativas en la relación de pareja, un aspecto que, como señalan Bruce y Schultz (2001), suele quedar poco desarrollado en la literatura psicoanalítica sobre discapacidad a pesar de su impacto en la dinámica familiar. En los tres casos, la llegada del diagnóstico generó tensiones con la pareja: discrepancias en la distribución de cuidados, falta de apoyo emocional, conflictos por expectativas parentales y, en algunos momentos, sentimientos de soledad dentro del vínculo. Estos hallazgos muestran que el duelo no solo afecta la subjetividad materna, sino también la dinámica conyugal, lo que coincide con planteamientos de Winnicott (1960) y Stern (1995) sobre la influencia de los procesos internos en los vínculos cercanos. Esto sugiere la necesidad de integrar la dimensión vincular coparental en futuras intervenciones y estudios.

Un segundo hallazgo importante fue la presencia de un “congelamiento” vital, donde las madres describen sentirse detenidas, sin poder avanzar en proyectos personales, laborales o afectivos. Este fenómeno puede entenderse como un efecto del duelo no elaborado: la energía psíquica queda fijada en la representación del hijo idealizado perdido, dificultando la reinvestidura en otras áreas de la vida, tal como plantean Freud (1993) y Fiorini (2004). Desde el psicoanálisis, este estancamiento puede leerse como una forma de duelo encapsulado, donde la madre queda atrapada entre la exigencia de fortaleza y la imposibilidad de nombrar su dolor (Goffman, 2006; Bruce & Schultz, 2001). Este hallazgo amplía la comprensión del impacto funcional del

duelo y subraya la importancia de intervenciones que favorezcan la reorganización subjetiva y la recuperación del movimiento vital.

Finalmente, se identificó que, en ciertos momentos, las madres desarrollan una imagen negativa o distorsionada del hijo o hija, asociada a la frustración, la culpa y la caída del ideal, fenómeno descrito por Winnicott (1960) y Lebovici (1987) en relación con la tensión entre el hijo real y el hijo imaginado. Esta representación no implica necesariamente rechazo, sino una oscilación afectiva propia del duelo: el hijo o hija real aparece como “difícil”, “agotador” o “limitante”, especialmente cuando la madre se siente sobrecargada o sola en los cuidados. Este fenómeno, aunque poco explorado en la literatura pero claramente identificada en las encuestas nacionales en México, es clínicamente relevante porque muestra cómo la persistencia del hijo imaginado puede teñir la percepción del hijo real, afectando la disponibilidad afectiva y el vínculo (Winnicott, 1960; Stern, 1995). La psicoterapia focal breve permitió trabajar estas representaciones, favoreciendo una mirada más realista y menos culpígena, lo que coincide con la importancia de diferenciar entre el hijo(a) real y el hijo(a) idealizado en el proceso de reorganización subjetiva (Fiorini, 2004).

En conjunto, estos hallazgos complementan y complejizan la comprensión del duelo materno, mostrando que sus efectos se extienden más allá del mundo interno y alcanzan la pareja, los proyectos vitales y la representación del hijo o hija, en consonancia con lo planteado por Bruce y Schultz (2001) y Winnicott (1960).

En referencia al modelo psicoanalítico, se puede analizar que ofrece una serie de virtudes especialmente pertinentes para comprender el duelo de las madres de niños(as) con discapacidad motora desde este marco teórico. Su énfasis en las fantasías parentales, la idealización, la culpa, la ambivalencia afectiva y los procesos de reorganización subjetiva permite acceder a dimensiones emocionales profundas que otros enfoques tienden a pasar por alto (Klein, 1932; Winnicott, 1960; Fiorini, 2004). En este estudio, el marco psicoanalítico posibilitó identificar el conflicto entre el hijo(a) real y el hijo(a) imaginado(a), así como los movimientos defensivos que emergen frente a la caída del ideal, en consonancia con lo planteado por Freud (1993), Winnicott (1960) y Fiorini (2004). Además, es importante destacar que existe escasa investigación

psicoanalítica aplicada al campo del efecto de la discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo en los cuidadores principales, lo que otorga a este trabajo un valor clínico y teórico significativo, al aportar evidencia cualitativa que enriquece un área poco explorada (Bruce & Schultz, 2001). La capacidad del psicoanálisis para trabajar con el duelo, el estigma y la subjetividad materna en su complejidad confirma su pertinencia para abordar procesos donde la pérdida, la identidad y la función materna se encuentran profundamente entrelazadas.

Una de las principales fortalezas de este estudio radica en la profundidad clínica del material obtenido, derivada del uso de la psicoterapia focal breve como dispositivo de intervención y, simultáneamente, como vía de acceso al mundo emocional de las madres. Esta técnica permitió explorar con detalle procesos subjetivos complejos como el duelo por el hijo(a) idealizado(a), la culpa, la ambivalencia y el impacto del estigma, dimensiones que el enfoque psicoanalítico describe como centrales en la experiencia parental (Winnicott, 1960; Klein, 1932; Fiorini, 2004). Asimismo, el diseño basado en una serie de casos clínicos posibilitó un análisis contextualizado, respetando la individualidad de cada madre y permitiendo identificar patrones compartidos sin perder la riqueza de lo individual. Otra fortaleza relevante es la integración entre teoría psicoanalítica y evidencia clínica, lo que permitió articular conceptos como idealización, duelo y reorganización subjetiva con manifestaciones observables en las sesiones. Además, el estudio aporta una mirada aún poco documentada en la literatura: la experiencia emocional de las madres de niños con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo desde una perspectiva psicodinámica, incorporando dimensiones socioculturales como el estigma y los mandatos de género. Finalmente, la investigación ofrece resultados clínicos concretos, mostrando cómo la psicoterapia focal breve puede coadyuvar en la elaboración del duelo y en la aceptación del hijo o hija real, lo que constituye un aporte valioso para profesionales que trabajan en contextos de discapacidad infantil.

En el reconocimiento de las limitaciones de la presente investigación se puede mencionar que el diseño de estudio de serie de casos clínicos, si bien permite una comprensión profunda de los procesos subjetivos de cada madre, no busca representatividad estadística ni pretende producir resultados extrapolables a

poblaciones más amplias. La naturaleza intensiva y situada de este enfoque implica que los hallazgos deben interpretarse como comprensiones clínicas contextualizadas más que como patrones universales. En consonancia con lo planteado por Vasilachis y colaboradores (2006), la investigación cualitativa privilegia la riqueza interpretativa y la contextualización por encima de la generalización, por lo que los resultados deben entenderse dentro del marco específico en el que fueron producidos.

Asimismo, el uso de la psicoterapia focal breve como dispositivo de intervención y de producción de material clínico introduce una limitación metodológica ya que las transformaciones observadas están estrechamente vinculadas al encuadre terapéutico, a las narraciones de las participantes y a las observaciones de la terapeuta, por lo que no es posible determinar si procesos similares surgirían en otros formatos de acompañamiento psicológico. Otra limitación importante es el tamaño reducido de la muestra, compuesto por tres participantes, lo que encuadra la diversidad de experiencias posibles en madres de niños y niñas con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo. Además, el estudio se desarrolló en un contexto sociocultural específico, donde factores como el estigma, los mandatos de género y el acceso desigual a servicios de salud mental pueden influir en la vivencia del duelo y en la búsqueda de apoyo terapéutico. Finalmente, la participación de las madres en un rol institucional como usuarias de un Centro de Atención Múltiple introduce un matiz particular que podría no ser representativo de otras madres en situaciones diversas. Estas limitaciones no invalidan los hallazgos, pero sí invitan a interpretarlos dentro de su marco clínico y contextual, y a considerar la necesidad de estudios futuros que amplíen la muestra y/o exploren otros dispositivos terapéuticos.

10. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió comprender, desde una perspectiva psicoanalítica, la complejidad emocional que atraviesan las madres de infantes con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo, así como los procesos subjetivos que emergen durante una intervención de psicoterapia focal orientada al trabajo de duelo materno. A partir del análisis clínico de tres casos, se identificó que el diagnóstico constituye un acontecimiento que fractura la idealización del hijo o hija, desencadena un duelo prolongado y reorganiza de manera profunda la vida psíquica, familiar y social de las madres.

Los resultados muestran que la idealización del hijo o hija funciona como un organizador que sostiene la identidad materna y que su ruptura precipita sentimientos de dolor, culpa, ambivalencia y sobreprotección. El duelo observado no se ajusta a un proceso lineal, sino que se manifiesta como un movimiento fluctuante, reactivo y, en algunos casos, traumático, especialmente cuando existen pérdidas previas no elaboradas. Estos hallazgos coinciden con la literatura contemporánea que describe el duelo por discapacidad como un proceso crónico, reactivado por los hitos del desarrollo y por las demandas del entorno (Olshansky, 1962, citado en Ingalls, 1982; Miralles, 2005; Ruiz Brunner et al., 2023).

Asimismo, se constató que el duelo impacta de manera significativa el proyecto de vida de las madres, el funcionamiento familiar y la disponibilidad emocional para el maternaje. Las renunciaciones personales, la sobrecarga de cuidados, la falta de corresponsabilidad y el estigma social emergieron como factores que acentúan el sufrimiento y dificultan la elaboración del duelo. Estos elementos confirman la necesidad de considerar el contexto sociocultural y los mandatos de género en la comprensión del malestar materno.

En cuanto a la intervención, la psicoterapia focal se mostró como un dispositivo clínico eficaz para favorecer la simbolización, el insight y la reorganización subjetiva. La delimitación del foco, la interpretación, el señalamiento y la contención permitieron que las madres nombraran su dolor, flexibilizaran defensas psíquicas y construyeran nuevas

narrativas acerca de su maternidad y sobre el hijo o hija real. Los cambios observados en el vínculo con sus hijos e hijas, en la percepción del diagnóstico y en la relación consigo mismas evidencian que la psicoterapia focal puede contribuir de manera significativa a la elaboración del duelo en este contexto.

Es importante señalar que, desde una perspectiva psicoanalítica, es fundamental reconocer que los procesos de duelo materno frente a la discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo no se elaboran únicamente a través del discurso consciente, sino también en el espacio transferencial y contratransferencial que se configura en el encuentro terapéutico. La transferencia permite que las madres depositen en la figura del terapeuta aspectos de su dolor, su culpa, sus fantasías y sus temores más primarios, mientras que la contratransferencia ofrece un registro sensible de aquello que no siempre puede ser dicho, pero sí sentido y metabolizado en la relación clínica. En ese ir y venir, en esa especie de tejido afectivo que se arma entre ambas, se van elaborando aspectos inconscientes que sostienen la culpa, la ambivalencia o el miedo y así el trabajo terapéutico se convierte en un espacio intersubjetivo donde se despliegan y transforman afectos intensos, identificaciones, ambivalencias y movimientos defensivos que forman parte del duelo. Reconocer esta dinámica no solo enriquece la comprensión del fenómeno, sino que también subraya la importancia de una escucha capaz de sostener, contener y elaborar aquello que emerge en el vínculo, permitiendo comprender mejor cómo se transforma la experiencia emocional de las madres y por qué el acompañamiento clínico puede abrir espacios más habitables para ellas.

Esta investigación aporta elementos teóricos y clínicos que enriquecen la comprensión del duelo materno frente a la discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo y destaca la relevancia de intervenciones psicoterapéuticas breves, focalizadas y sensibles a la subjetividad de las madres. Los hallazgos subrayan la importancia de ofrecer espacios terapéuticos próximos al diagnóstico infantil que permitan elaborar libremente la pérdida del hijo idealizado, disminuir la culpa, fortalecer los recursos internos y promover una maternidad más realista, menos exigida y emocionalmente disponible.

A partir de los hallazgos y limitaciones del estudio, se identifican diversas líneas de investigación que podrían enriquecer la comprensión del duelo materno en contextos de discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo. En primer lugar, sería valioso desarrollar estudios con muestras más amplias y diversas, que permitan explorar variaciones en función de factores socioculturales, económicos y familiares, y que fortalezcan la validez externa de los resultados. Asimismo, futuras investigaciones podrían comparar distintos modelos de intervención clínica, evaluando la eficacia relativa de la psicoterapia focal breve frente a otros enfoques terapéuticos, como intervenciones grupales, terapias de apoyo o modelos basados en el apego.

Otra línea relevante consiste en profundizar en las virtudes y alcances del modelo psicoanalítico en el trabajo en México con madres de niños y niñas con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo, dada la escasez de estudios en este campo y el valor clínico que mostró en este proyecto. También sería pertinente investigar la duración óptima de los procesos terapéuticos, explorando si intervenciones más prolongadas permiten consolidar los movimientos yoicos observados en diez sesiones o si el formato breve es suficiente para generar cambios sostenidos. Futuras investigaciones podrían incorporar la perspectiva del vínculo madre–hijo(a), evaluando cómo los cambios subjetivos de la madre influyen en el desarrollo emocional del niño o niña, en la calidad de la interacción cotidiana y en la crianza a mediano y largo plazo.

Finalmente, este estudio abre la posibilidad de investigaciones que profundicen en el duelo por discapacidad desde perspectivas psicoanalíticas y socioculturales, así como en el diseño de intervenciones clínicas específicas para madres y familias que enfrentan estas condiciones. Los hallazgos invitan a explorar con mayor detalle el papel de los mandatos de género culturales en nuestro país en la configuración del sufrimiento materno, particularmente en relación con la exigencia de autosacrificio, la sobrecarga de cuidados y la dificultad para solicitar apoyo. También se vuelve relevante indagar cómo factores estructurales como la autonomía económica, el acceso a redes de apoyo y las condiciones laborales influyen en la posibilidad de elaborar el duelo y sostener la función materna. De igual manera, este trabajo abre un campo para reflexionar acerca de la pertinencia de institucionalizar dispositivos psicoterapéuticos

breves y focalizados que acompañen a madres en procesos de duelo por discapacidad, tanto en servicios de salud como en programas comunitarios. La comprensión del duelo en este contexto no solo tiene implicaciones clínicas, sino también éticas, de justicia social y de política pública, al contribuir a la construcción de entornos más sensibles, inclusivos y humanizados para las madres y sus hijos e hijas.

En suma, este estudio reafirma que el duelo materno frente a la discapacidad motora no es solo un fenómeno intrapsíquico, sino una experiencia profundamente humana que se despliega en el cruce entre lo emocional, lo relacional y lo social. Reconocerlo y acompañarlo con sensibilidad clínica no solo transforma la subjetividad de las madres, sino que también abre posibilidades más amorosas y reales para sus hijos e hijas. Con ello, esta investigación aspira a contribuir a la construcción de prácticas terapéuticas, entornos institucionales y entornos comunitarios más empáticos, más justos y más humanizados, donde el dolor pueda ser nombrado, la culpa aligerada y la maternidad vivida sin soledad.

11. REFERENCIAS

- Alibakhshi, H., Davoudi, Z., Damirchi, N., Kavian, M., & Siminghalam, M. (2024). The Impact of Group Psychoeducation for Mothers of Children with Cerebral Palsy: A Randomized Controlled Trial. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 12(2).
- Andromeda, A., Hartini, N., & Suryanto, S. (2023). The journey full of emotions: parents' experiences in raising children with cerebral palsy. *Journal of ICSAR*, 7(2), 330-338.
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> (wma.net in Bing)
- Ávila Espada, A., & Poch, J. (2012). *Investigación en psicoterapia*. Paidós.
- Balint, M., & Ornstein, P. H. (1986). *La regresión en el proceso psicoanalítico*. Paidós.
- Bellak, L., & Siegel, H. (2009). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Manual Moderno.
- Bion, W. R. (1961). *Experiencias en grupos*. Paidós.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva, tristeza y depresión*. Paidós. España.
- Bronfman, M. (2023). *Lo materno: entre el deseo, el cuidado y la fragilidad*. Paidós.
- Bruce, E. J., & Schultz, C. L. (2001). *Nonfinite loss and grief: A psychoanalytic perspective*. Jessica Kingsley Publishers.
- Caruso, I. (2015). *La separación de los amantes: una fenomenología de la muerte*. Siglo XXI. México.

- Caspeta-Gómez, H. (2025). Atención en el área de estomatología y servicios dentales de la Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral, APAC. *Revista Odontológica Mexicana*, 29(4).
- Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2010). *Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. CONAFE.
- Díaz, A. C. A. (2025). Caracterización electroencefalográfica y sociodemográfica de pacientes con síndrome de West. *Revista Científica del Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala*, 8(2), 33-45.
- Díaz, I. (1998). Técnica de la entrevista psicodinámica. Pax México. México.
- Dolto, F. (1971). *Seminario de psicoanálisis infantil*. Siglo XXI.
- Du X, Dong Q, Sun L, Chen X, Jiang J. Studying the Relationship between Depression and Internal Stigma in Mothers of Children with Cerebral Palsy. *J Integr Nurs Palliat Care*. 2023;4:17-22. <https://doi.org/10.51847/9WQmf9zDW1>
- Eckerdt, L. (2022). Discapacidad, desarrollo y prácticas de cuidado en la primera infancia. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 52(3), 45–68.
- Farre, L., Hernández, V., Martínez, M. (1992). Psicoterapia psicoanalítica focal y breve, una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado. Paidós. España.
- Feist, F., Feist, G., (2007). Teorías de la personalidad. McGraw-Hill. España.
- Fenichel, O. (2009). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Paidós. México.
- Fiorini, H. J. (2004). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.
- Fiorini, H. (2015). *Foco, situación y proyecto*. Ediciones del Boulevard.
- Freud, S. (1993). Obras completas tomo XIV. Duelo y melancolía. 5ta edición. Argentina.

- Freud, S. (1993). *Introducción del narcisismo*. Obras completas (Vol. 14). Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu. Argentina.
- Harvey, C. (2015). Maternal subjectivity in mothering a child with a disability: A psychoanalytical perspective. *Agenda*, 29(2), 89–100.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. México.
- Iglesias Rico, L. (2023). *La parálisis cerebral en Educación Primaria: Una revisión sistemática* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Oviedo]. Repositorio Institucional de la Universidad de Oviedo. <https://digibuo.uniovi.es>
- Ingalls, R. (1982). *Retraso mental la nueva perspectiva*. Manual Moderno. México.
- Instituto de la Educación Básica del Estado de Morelos (2014). *Educación Especial – Servicios*. México. Recuperado de <http://iebem.morelos.gob.mx/contenido/educacion-especial-servicios>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020: Resultados*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Encuesta Nacional sobre Salud y Cuidado (ENASIC) 2022*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasic/2022/>
- Khoshvaght N, Naderi F, Safarzadeh S, Alizadeh M. *The Effects of Compassion-focused Therapy on Anxiety and Depression in the Mothers of Children With Cerebral Palsy*. *Archives of Hygiene Sciences*. 2021; 10(3):225-234. <http://dx.doi.org/10.32598/AHS.10.3.225>
- Klein, M. (1932). *El psicoanálisis de niños*. Paidós.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo.

- Langer, M., (1964). Maternidad y sexo. Paidós. España.
- Lara, S. A., & Torres, P. E. C. (2026). Risk or Protective Factor? Marianismo as a Determinant of Mexican Women's Mental and Reproductive Health. *International Journal of Traditional Healing and Critical Mental Health*, 3(1), 65-79.
- Lebovici, S. (1987). *La psicopatología del bebé*. Paidós.
- Limiñana R. & Patró R. (2004). Mujer y salud: Trauma y cronificación en madres de discapacitados. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia. España.
- Lobera, J. & Mondragón, V. (2010). Discapacidad Motriz. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. Consejo Nacional de Fomento Educativo, México.
- Miralles, C. (2005). Programa de psicoterapia para madres de bebés con síndrome de down: abordaje emocional de la diada madre-hijo en el primer año de vida del niño. Mapfre Medicina. España.
- Noriega Ramos, L. Y., Díaz Ramos, D., & Muñoz Joseli, E. B. (2022). *Actitudes maternas de sobreprotección en niños con síndrome de Down y/o discapacidad intelectual*. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 6(6), 6235–6249.
- Orphanet. (2024). *West syndrome*. <https://www.orpha.net>
- Querida, M. U. H. N. (2024). *El cumplimiento de un deseo inconsciente* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez AA, García M, Martínez O, López-Paz JF, García I, Pérez-Nuñez P y Amayra I (2024) Predictors of overload in parents of children with neuromuscular diseases. *Front. Neurol.* 15:1349501. doi: 10.3389/fneur.2024.1349501
- Ruiz Brunner, M. D. L. M., Escobar Zuluaga, L. J., Sánchez, E. F., Cieri, M. E., Condinanzi, A. L., Herrera Sterren, N. D. V., Zinni, A. C., Barilla, M. F., Cernadas, M. A., & Cuestas, E. (2023). *Habilidades funcionales de niños, niñas y adolescentes con parálisis cerebral y su relación con el compromiso motor y la discapacidad intelectual en Argentina*. Revista de

la Facultad de Ciencias Médicas, 80(4), e40834.
<https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n4.40834> (doi.org in Bing)

- Salinas Cárdenas, U. D. (2022). *La aceptación del duelo y el sentido de vida de madres de personas con discapacidad intelectual* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Académico de la UPC.
- Schettini, P., & Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos: estrategias metodológicas para las ciencias sociales*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Secretaría de Salud. (2023). *Guía de práctica clínica para la atención de la parálisis cerebral infantil*. CENETEC.
- Smith, M., & Blamires, J. (2022). Mothers' experience of having a child with cerebral palsy. A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, 64-73.
- Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Morata. España.
- Tegegne, K. T., Chalachew, A. A., Abebe, M. T., Wudu, T. K., Melese, A. D., Tegegne, E. T., ... & Kelkay, J. M. (2025). Psychosocial impact on parents Raising children with cerebral palsy at Gondar comprehensive specialized hospital, Northwest Ethiopia. *BMC neurology*, 25(1), 369.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Madrid. Paidós.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.

ANEXO



Título del proyecto: Psicoterapia focalizada en duelos de madres de infantes con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a mujeres que tienen hijos con una discapacidad motora producto de un trastorno neuromotor y que se les invita a participar en la investigación “Psicoterapia focalizada en duelos de madres de infantes con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo” con el interés de conocer las percepciones, opiniones y experiencias relacionadas con la vivencia de tener un hijo con dicha discapacidad.

A través de ésta carta le queremos hacer una invitación para participar en este estudio, de aceptar le pediremos participar en un grupo de discusión que se llevará a cabo con otras madres que se encuentran en la misma circunstancia así como responder a una entrevista de manera individual, los cuales contienen preguntas dirigidas a indagar respecto a la forma en cómo ha sido vivir esta situación. A fin de poder analizar la información que nos proporcione, si nos lo permite deseamos poder audio-grabar las sesiones del grupo de discusión así como la entrevista.

El beneficio directo que usted como participante obtendrá por su participación es podrá iniciar un proceso de psicoterapia breve para hablar a profundidad de sus sentimientos acerca de este tema; además la información que usted proporcione contribuirá de manera sustantiva a la investigación que realiza con respecto a este tema facilitando su comprensión y brindando herramientas útiles para atender a otras personas que se encuentren en esta misma situación.

Es importante mencionar que toda la información que nos proporcione será completamente confidencial, es decir, será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto, no estará disponible para ningún otro propósito, y quedará registrada mediante un número y no mediante su nombre, asimismo los resultados de este estudio serán presentados de forma que no se podrá identificar a los participantes. Los riesgos potenciales que implica su participación en esta investigación son mínimos. Si alguna pregunta le hace sentir un poco incómoda, está en su derecho de no contestarla. La participación en esta investigación es absolutamente voluntaria, por lo tanto está en plena libertad de negarse a participar o de retirar tu participación de la misma en cualquier momento. Si decide no participar, esto no afectará la atención que recibe en esta institución. En caso de dudas referentes a la investigación o preguntas acerca de sus derechos como participante en un proyecto de investigación, le dejamos una tarjeta informativa con los datos del investigador responsable.

Nombre de la participante y
Firma de Consentimiento



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ
COORDINADORA ACADÉMICA
MAESTRÍA PSICOLOGÍA
FACULTAD PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología

Cuernavaca Morelos a 16 junio 2026

ASUNTO: Votos Aprobatorios

Por este medio, nos permitimos informar a Usted el dictamen de votos aprobatorios de la tesis titulada: **Psicoterapia Focalizada en duelos de madres de infantes con discapacidad motora por trastornos del neurodesarrollo**. Trabajo que presenta la C. **Bertha Arrieta Menes**, persona participante en el *-Acuerdo para la tramitación extemporánea de obtención de grado académico en planes de estudio de posgrados de la UAEM-* quien cursó la Maestría en Psicología perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

VOTOS PROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADO A QUE SE MODIFIQUEN ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. BRUMA PALACIOS HERNANDEZ	X		
DR. LUIS PEREZ ALVAREZ	X		
DRA. GABRIELA RAMIREZ ALVARADO	X		
MTRA. LUZ XIMENA RAMIREZ BASSAIL	X		
DRA. GABRIELA LOPEZ AYMES	X		

**En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).*

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado. Sin más por el momento agradecemos la atención prestada y quedamos de Usted, reiterando nuestras más amplias consideraciones.

ATENTAMENTE
Comisión Revisora
(Se anexa e-firma)



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

BRUMA PALACIOS HERNANDEZ | Fecha:2026-06-16 16:08:36 | FIRMANTE

emo4C4JiSipmMIHAYLSapEjly4wNOFiiqWTFic8ywiQbe1d7zn5NdvOrsffHrN7lwJXt9BRpwsSPEjcpWRP30me9quO7banqwAnFr86+QSKAJta1p3C2xnLCYzcs6MhCeJYJtsEkwUD09bjjPQFmjVf+mnff+jlpe4p4y5eTJs6zXhV1RG6sXr6ackGpNTxS8V9qllFTJh0bNIIVTsVFwwLiDi5EdEfoUWQunW//kJMjWIX7rBoQC1NNAImSVhtjfvw+jVif0SlxgGII0/k7Y6yNsGCXpNi/DyjcgvDvM6MjUS/cP933pVsUSVtZ/M1E8ut2Dk0Tz2LytqOomuj+g==

GABRIELA LOPEZ AYMES | Fecha:2026-06-16 16:12:40 | FIRMANTE

f+1gp2k2EuiTtK0GD0UA+2Qz1C1XdRJ+MlrkIN3cXLQPBttxtct4iuZ0HYWANMfYOWFdUkFo5upabzN3ab6KtqFch7SPnhtifwrXpfcMFQh7QrcdV0YS1XnxlsQ31BYg8VpwxlNJMMJazXLKOFmk28PALiRZB+4DmvU1B/S4h48Xf6rAFo1ced2oW6GsAgV/EWSskmKHvEyoZiJ+jouw8LaY/lc3JdrLfUIXHnvDnk9XLq4IZmiKyL6DQZEFJ7Si9PzlpYK1LWrK93et+6WHu4YHwgbmCt9LDy0/k/qpSnByGs6A4aoEZ6Yml9KufmOfKit1Z75a04Vgs9kx03zw==

LUIS PEREZ ALVAREZ | Fecha:2026-06-16 17:01:11 | FIRMANTE

cn33bg4myw2D4IFZUyat67y0PQ0nndTue7kDK4wld+Wlaz42mCnibj9ds0qLHPqF08PURZnQ73YyLIUNIOY2Kbbv6O38NcKvJ2+lxJj9xTWR+OB0XmbTqZPT9eI5zUPVinx1aJ5e+LQur9XnGC8d+nIDm4YeE0bZYiSHxN3RGdESsYxA8kUe/oDe8oMeoZj+RPZ+Kc/BhRHnYscR0TEd1jxVoEBvrKEjPkcPEyj8IoiVaq4RnJHHHKMpwNZK0LHjcpSLEjPeOv4a7gLa1Mei9a64K2uRtVtKqzs5xzyIJQ0BdPVR7zLqBPiVfSby8tun99wB6aDBqluxK8z6Y4pa3VQ==

GABRIELA RAMIREZ ALVARADO | Fecha:2026-06-16 21:17:02 | FIRMANTE

kHCOQvj8EGIP7esTWXZKwHsc2SKJ85WSZ4GWZrhELK5PYBf7VgB9gEEExQEKIPIHtYgG3dDKtcUWJgxWuYVu+t7YVYnu6ZQdP1bZzwejlIIWNBU0BQ1hR7apXFnnbTHTAJYI0tc7RrEFoSz0vuSga2MQ+rKc29mUXMiplNy4VuX9NcHfEAZSOAKVN8ywJQVpKydyQNG6yiXE8Wcwwbh7xNzb4fV6S/wnpi0ZFEzwviSKAMBTbkrlnQHgstijxrEmTpMY0BaTGaGcesenCV8cdVJEPYShqOricV2vbxEb2K73plsE8A3fX4cX6AkLns60p1sxZ+YYLgMDp9nYQra9fohSA==

LUZ XIMENA RAMIREZ BASSAIL | Fecha:2026-06-17 09:14:21 | FIRMANTE

o6Cq7uKSwG4GIBByvWTRsutV9sl2xvrrMFsXuEHUels/9m8aXiYqj/U83BXI3WYtiGT/0dtMyM8Tn1xv51t7k1kM5XuZ2FXCH8jIhhNgmhqNX6bCkRltHiFaY9IRi8qoBoL87vQbgE0dj1eXo/4oui3vchtyimv26lwtdnRkVsFHRqUIPMkgoYKQ+7kr1RSuxBiQ2W0FNSN4sR6U8XXcVs4OSFYpq8ClqMlpos/JIRPGad525bNSEz6EPGlqNykMIBQzyoWc3Clf5kZPfZkYkLU8rc0aLtGSF7+pqIwlpWPsHsmKxxdib7AeyEwXwalg9MbeDwSztvBdZAv3UzUqQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



nLf9Ez0oX

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/EM6fiE1E6qWVcGMfYnWoFOVvQEF4HpVe>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029