

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al**  
**requisito**

**Curricular conforme al Plan de Estudios 1989 (O.C.S. 143/89)**

**Título del proyecto**

**“Modalidades de vinculación que favorecen el proceso de subjetivación entre el niño con discapacidad mental y sus padres”**

**Cátedra o Seminario de radicación**

**Seminario de orientación: Estrategias terapéuticas y psicoeducativas en la discapacidad mental. Docente: Lic. Paula Zingales.**

**Alumnos**

- Barbero Rojas, Ailín.  
Matricula: 07302/06.  
D.N.I: 33237942.
- Zubiría, María Victoria.  
Matricula: 07564/06.  
D.N.I: 32978806.

**Supervisora Lic. Paula Zingales.**



**Año 2013**

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
t-8	Pa
B	N° INVENTARIO:
	B-01274


Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del/los alumno/s Barbero Rojas Ailin, Zubiría María Victoria de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del/los autor/es.

Zubiría, María Victoria

Ailin, Barbero Rojas

ZUBIRIA, MARIA VICTORIA  
MAT. 46023


El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por el/los alumno/s Barbero Rojas Ailin, Mat. 07302/06; Zubiría María Victoria Mat. 07564/0607, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los.....3.....días del mes de ~~Diciembre~~ Noviembre del año 2013.

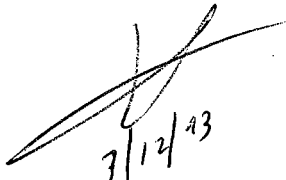
  
ZUBIRIA, PAZ V  
MAT. 46023

Firma, aclaración y sello del Supervisor.



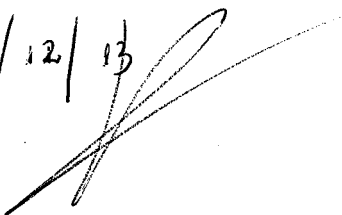
Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por el/los alumno/s Barbero Rojas Ailin, Mat. 07302/06; Zubiría María Victoria Mat. 07564/0607.

  
Valeria S. Martinez Festerazzi  
Lic. en Psicología  
Mat. 46770

  
3/12/13  
PAULA A. ZUBIRÍA  
PSICOLOGA CLINICA  
MAT. PROF.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación.

3/12/13  


8 (ochos)  


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Título del proyecto**

Modalidades de vinculación que favorecen el proceso de subjetivación entre el niño con discapacidad mental y sus padres

**Alumnos**

- Barbero Rojas, Ailin.  
Matricula: 07302/06.
- Zubiria, María Victoria.  
Matricula: 07564/06.

**Supervisora** Lic. Paula Zingales

**Año** 2012

*Paula Zingales*  
Lic. PAULA A. ZINGALES  
EPIDEMIOLOGÍA DE LA  
PSICOLOGÍA

*Aprobado con correcciones*

*[Signature]*  
Lic. Valeria Nestor, F.

## Descripción resumida

Según la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (Ley 26378) `` *Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás* ``

Abocándonos específicamente a la discapacidad mental, como marco teórico utilizaremos la teoría psicoanalítica, que considera que más allá de la deficiencia intelectual, el niño tiene un mundo subjetivo vinculado a sus deseos, pulsiones, libido, identificaciones y afectos. Así se intentara profundizar en su estructuración psíquica y en las vicisitudes primarias de la relación que se produce entre el niño y sus padres.

Se utilizará la noción de apego, definida por Bowlby, como cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Estas relaciones son las que posibilitaran o no el desarrollo del yo y las consecuencias en su si-mismo.

**Palabras claves:** Discapacidad mental, Apego, Proceso de subjetivación, Modalidad vincular.



## Descripción detallada

El interés por llevar a cabo este proyecto radica en la inquietud personal por ahondar en un tema que se considera no ha sido suficientemente desarrollado en la formación académica.

Según la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (Ley 26378) " Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás "

En el caso concreto del termino retardo mental hay que considerar que "no se refiere a una entidad patológica determinada, es una categoría diagnóstica que contiene criterios de inclusión y exclusión. Una vez ubicados los pacientes en esta categoría, difieren notablemente en las causas de su alteración y en sus modos de funcionamiento" (Tallis, 1998)

Por su parte el DSM IV caracteriza al retardo mental de la siguiente manera:

- A) Capacidad intelectual significativamente menor al promedio: aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente.
- B) Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual en, por lo menos, dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida domestica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
- C) El inicio es anterior a los 18 años.

La AAMR (Asociación Americana de Retardo Mental) a definido al retraso mental como una dificultad básica en el aprendizaje y ejecución de determinadas habilidades de la vida diaria, relacionadas no solo con la

inteligencia conceptual sino también con la práctica y emocional. (Schorn, 2003)

Se intentará en este proyecto realizar un análisis con el objeto de integrar las descripciones anteriormente detalladas con otras provenientes del campo del psicoanálisis, priorizando el abordaje de las teorizaciones sobre las modalidades vinculares entre padres e hijo y sus consecuentes efectos en el proceso de subjetivación del niño con discapacidad mental.

Una de las maneras de describir estas modalidades vinculares será a través de la teoría del apego, desarrollada en 1950 por el psicólogo americano John Bowlby, quien define a la conducta de apego como cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Estas relaciones son las que posibilitarán o no el desarrollo del yo y las consecuencias en su si-mismo.

Si bien la conducta de apego es muy obvia e la primera infancia, puede observarse a lo largo del ciclo de la vida, sobre todo en situaciones de emergencias. Dado que se observa en casi todos los seres humanos (aunque según pautas variables), se la considera parte integral de la naturaleza humana y como algo que compartimos (en distinto grado) con miembros de otras especies. La función biológica que se le atribuye es la de protección.

La teoría del apego subraya la poderosa influencia que ejerce en el desarrollo de un niño el modo en que es tratado por sus padres, especialmente por su madre. (Bowlby, 2009)

También se tendrán en cuenta las conceptualizaciones de Marta Schorn sobre los distintos estilos de apego en los niños con discapacidad, estos incluyen:

- modalidades narcisistas de vinculación que genera apegos ansiosos o evitativos,

- modelos de comunicación obsesivos-compulsivos que generan apegos desorganizados o ansiosos y por último
- modalidad de vinculación sana en los padres y como producto, apegos seguros en sus hijos.

Por otra parte, Piera Aulagnier afirma que el cuerpo del hijo que va a nacer es para la madre algo desconocido; que exige en ella una reorganización de su propia economía psíquica por lo cual más de una vez, ese encuentro es un verdadero riesgo relacional. Si este riesgo relacional se da naturalmente en toda relación madre-hijo se puede vislumbrar la difícil tarea a la que se enfrenta aquella madre que ante el nacimiento de un niño con discapacidad mental está muy lejos de hacer coincidir lo imaginado con el cuerpo real del niño.

Con respecto a esto, Maud Mannoni se plantea la pregunta: ¿Qué es para la madre el nacimiento de un niño? Afirma que, en la medida en que lo desea durante el curso de su embarazo es, ante todo, la revancha de su propia infancia. Este niño soñado tiene por misión reestablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como una carencia.

Este niño, cargado de todos sus sueños perdidos, al llegar enfermo va a causar en la madre un shock despertando los traumas y las insatisfacciones maternas.

Cada mujer, ante la falta de las señales de identificación de su niño enfermo, va a vivir su angustia en función de aquello que la ha marcado en su historia. Es por esto que la autora plantea la necesidad de no apresurarse en la reeducación del síntoma mismo, sino que insiste en estudiar la circulación del discurso en la familia para poder ver que de la angustia familiar está cristalizado en el síntoma del niño, de esta manera busca evitar realizar diagnósticos apresurados que fijen al niño en una determinada patología.

Así afirma lo siguiente: " El problema que me planteo no es el de si es débil o no. Antes bien, este problema sería del orden siguiente: ¿Qué hay de perturbado en el nivel del lenguaje (en la relación madre e hijo) que se expresa

por un camino extraviado, inmovilizando al sujeto en el estatuto social que se le ha adjudicado; fijando a la madre en el rol que ella misma se ha asignado? `` (Mannoni, 1982).

Si bien Mannoni acepta una base orgánica que separaría al ``retardo grave`` del ``débil mental`` el niño quedaría atrapado en un mundo fantasmático materno que terminaría por incluirlo de tal manera que el niño, en forma inconciente, da a la debilidad un sentido impuesto por aquel que le dan sus padres.

Así el significante que le da soporte al ser de estos niños es el de ``discapacitado``, volviéndose sumamente conflictivo para este sujeto posteriormente poder salir de esta significación, porque esta salida lo desestructuraría. Con esto, se quiere hacer notar el riesgo que se corre cuando se diagnostica, ya que de esta manera solo se aliena al sujeto que consulta en una denominación dada por el diagnostico que da consistencia a su ser y que luego resistirá a cualquier movimiento.

A estos niños que desde el comienzo quedan ubicados en la fantasía materna como su objeto de cuidado, el mensaje del padre no les llega jamás. Por este motivo se dificulta establecer relaciones triangulares. Así, las reeducaciones serán inoperantes mientras que la psicoterapia no les permita acceder a una dimensión de sujetos autónomos. Mientras son uno con la madre, ni su inteligencia ni su cuerpo les pertenece.

Sin embargo no hay que estar desprevenido ante la angustia que desata el proceso de curación, tanto para los padres como para el niño, quién, al comenzar a ser tratado como sujeto pierde toda referencia de identificación. Y a menudo tendrá una gran tentación de permanecer en una débil quietud antes que aventurarse solo en lo desconocido (Mannoni, 1982)



### **Objetivo General:**

- Describir y delimitar modalidades vinculares tanto favorecedoras como obstaculizadoras del proceso de toma de posición subjetiva del niño que le permita emerger como sujeto deseante.

### **Objetivos Específicos:**

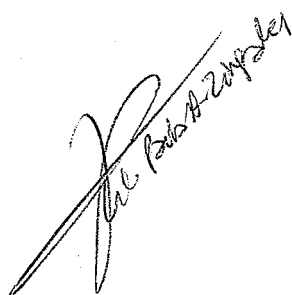
- Explorar diferentes modalidades vinculares establecidas entre el niño discapacitado y sus padres.
- Describir los posibles efectos que estas modalidades de vinculación ejercen en el proceso de subjetivación del niño con discapacidad mental.


## Métodos y técnicas


El presente proyecto se implementará a través de un diseño no experimental, la investigación será de tipo exploratoria y descriptiva.

## Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	MESES					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Búsqueda, revisión y análisis de la literatura	x	x	x	x	x	x
Desarrollo del marco teórico	x	x	x			
Análisis de los datos obtenidos				x	x	
Elaboración Informe final					x	x

  
Roberto Rojas

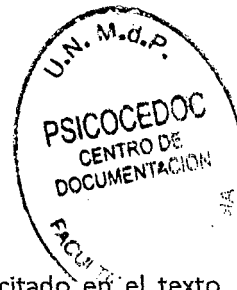
  
Victoria

  
Ailín Barbero  
Rojas

## Bibliografía

- Aulagnier, P. (1988) *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Bowlby, J (2009) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995) Mason S.A
- Ley 26378 Conversión de los derechos de las personas con discapacidad.
- Mannoni, M (1982) *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires. Paidós
- Schorn, M (2003) *La capacidad en la discapacidad : sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo: concepciones psicológicas*. Buenos Aires
- Tallis, Jaime y otros (1993) *Retardo Mental. Apuntes sobre la deficiencia mental. Reflexiones interdisciplinarias*. Buenos Aires: Miño y Davila Editores.
- Tallis, Jaime y otros (1998) *Trastornos Psicopatológicos y comportamentales en el retardo mental*. Buenos Aires. Miño y Davila Editores.

## Correcciones anteproyecto



### a) Formato plan de trabajo:

- Cuidado con el uso de las normas APA (6 edición), por momentos no está bien citado en el texto, ni en las referencias.

- La descripción detallada del anteproyecto está pasada en hojas según se pide en el instructivo del plan de trabajo. Una sugerencia: el apartado de motivos y antecedentes se podría hacer hecho en forma más resumido.

**b) Título:** se aconseja que sea más corto y sintético. Es medio confuso, no me queda en claro los procesos de subjetivación de quién van a estudiar: del niño, de los padres o de ambos?

**c) Resumen:** se aconseja que el resumen tenga el siguiente formato: dos/tres oraciones de marco teórico, objetivo general del trabajo, participantes, instrumentos a usar, resultados y conclusión. Todo esto en forma breve y sumamente resumido. En su resumen abunda la parte teórica, faltando todos los otros puntos enunciados antes. No sería necesario poner la definición de discapacidad.

**d) Palabras clave:** agregaría la palabra niño (esto depende de su muestra, si son niños agregar esa palabra, si también hay padres agregaría ambas palabras), dejaría la palabra apego y sacaría modalidad vincular, ya que en el resumen no aparece esta última palabra.

### e) Motivos y antecedentes:

Cuidado al escribir, se debe usar la tercera persona y por momentos escriben en primera persona.

¿Hay información teórica más actualizada de psicoanálisis y discapacidad? Si es así la tendrían que citar también.

Falta citar investigaciones empíricas de los últimos años acerca de discapacidad.

La fundamentación de la tesis no debe estar basada en motivos personales, debe estar basada en este caso, en el campo teórico/ empírico de discapacidad. Por ejemplo, si después de hacer la revisión de la literatura, observo que hay un área que no se ha estudiado, esa puede ser la fundamentación de mi tesis, investigar un tema que no se ha investigado. Seguramente haya alguna razón personal para investigar lo que se investiga, pero para un plan de trabajo tengo que basarme en motivos teóricos.

### f) Objetivos:

Una duda: ¿Igualan el concepto de modalidades vinculares al de apego?

Tener cuidado con la palabra efectos: se usa para diseños en donde se dará cuenta de la causa-efecto de la relación entre variables, para diseños experimentales. Si su anteproyecto, es exploratorio y descriptivo como plantean no conviene que usen esa palabra. Se podría usar la palabra características en vez de efectos.

### g) Métodos y técnicas:

Este apartado tendría que tener más información y la misma sumamente concreta.

Falta: a) Participantes: quiénes formarán la muestra? Niños? Padres y niños? De que edades? Sexo? Con que instituciones hare gestiones para tomar mi muestra? Se utilizará un consentimiento informado? Al tratar con población con discapacidad, habrá criterios de inclusión y exclusión? Utilizarán dos grupos: uno con discapacidad y otro de población general?....

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al**  
**requisito**  
**Curricular conforme al Plan de Estudios 1989 (O.C.S. 143/89)**

**Título del proyecto**

**“Modalidades de vinculación que favorecen el proceso de subjetivación entre el niño con discapacidad mental y sus padres”**

**Cátedra o Seminario de radicación**

**Seminario de orientación: Estrategias terapéuticas y psicoeducativas en la discapacidad mental. Docente: Lic. Paula Zingales.**

**Alumnos**

- Barbero Rojas, Ailín.  
Matricula: 07302/06.  
D.N.I: 33237942.
- Zubiría, María Victoria.  
Matricula: 07564/06.  
D.N.I: 32978806.

**Supervisora Lic. Paula Zingales.**

**Año 2013**

## INDICE

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO 1: Definiciones de Discapacidad Mental.....</b>	<b>5</b>
1.1 Origen del concepto Retraso Mental.....	5
1.2 Definiciones de Discapacidad Mental y Retraso Mental. Manuales diagnósticos y clasificatorios.....	8
1.3 Retardo Mental en la concepción psicoanalítica.....	12
<b>CAPITULO 2: El hijo del deseo y el deseo del hijo.....</b>	<b>16</b>
2.1 ¿Cómo entra un niño en la vida?.....	16
2.2 Las funciones parentales.....	18
2.3 Del cuerpo orgánico al cuerpo atravesado por el deseo del Otro.....	22
<b>CAPITULO 3: El discurso parental y el diagnóstico de Retraso Mental.....</b>	<b>25</b>
3.1 Diagnóstico y características de los vínculos.....	25
3.2 Reacciones de los padres frente al diagnostico.....	28
3.3 Aceptación y elaboración de la dificultad del hijo.....	30
<b>CAPITULO 4: Estructuración subjetiva.....</b>	<b>36</b>
4.1 Teoría del narcisismo y estadio del espejo.....	36
4.2 Narcisismo y estadio del espejo en el niño con discapacidad intelectual.....	40
4.3 El papel del juego en la estructuración subjetiva del niño....	44
4.4 El juego de los niños con discapacidad mental.....	50
<b>CAPITULO 5: La importancia de los vínculos tempranos en el desarrollo de la subjetividad.....</b>	<b>55</b>
5.1 Aportes de la teoría del apego.....	55
5.2 Self verdadero y self falso.....	62
5.3 El Complejo de Edipo.....	66

5.4 La dinámica parental en el retraso mental.....	69
CONCLUSIONES.....	74
PALABRAS FINALES.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	82



## INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación ha sido inspirado en la idea de reflexionar acerca del papel que cumplen las modalidades vinculares en el proceso de subjetivación del niño con discapacidad mental, abordando esta temática desde las concepciones teóricas de autores relevantes del psicoanálisis.

Así mismo, es necesario señalar que los términos "Discapacidad Mental" y "Retraso Mental", serán utilizados como sinónimos en este trabajo.

Pensar la discapacidad como resultado de un accidente biológico, del azar del destino, es pensar desde criterios deterministas y biologists. Esta forma de teorizar la discapacidad tiene como correlato que los distintos dispositivos (médicos, educativos, asistenciales) tendrían como objeto la contención, el consuelo, la resignación ante lo irreparable que ha acontecido en el organismo, prevaleciendo la patología que nomina al niño y lo pone en un lugar de objeto (objeto a cuidar, objeto de compasión, de rechazo), lejos de considerarlo como sujeto.

En este sentido, la pregunta que orienta el presente trabajo es ¿Qué ocurre con la singularidad del niño que presenta una Discapacidad Mental? Y ¿Cómo inciden los vínculos tempranos en el desarrollo de esta singularidad?

Interrogantes que, implican conceptualizar la Discapacidad Mental más allá de lo biológico, considerando la estructuración subjetiva, singular, resultado de una historia que define al sujeto.

Es por ello que se toma en consideración el importante rol que cumple la familia, y en especial la pareja parental en llevar a cabo el proceso que permitirá la estructuración subjetiva del niño. Los niños, al nacer, necesitan del Otro para sobrevivir, ya que nacen en un estado de indefensión. Este Otro, que se encarna en las figuras parentales, no solo brindará alimento y cuidados, sino que, se encargará de proveer y mediatizar un discurso que preexiste al niño y lo recibe. Tiene la responsabilidad inicial de sostener al bebe, brindándole una red de significantes lingüísticos, de esta manera, el niño podrá devenir sujeto: sujeto de deseo.

Antes de la llegada a la vida de un niño, los padres están atravesados por fantasías acerca de lo que ese hijo será. En el caso particular del nacimiento de un niño con Discapacidad Mental, lo real no coincidirá con la expectativa de lo esperado.

Se tomara, por ello en consideración los efectos que tiene el diagnóstico médico en la manera en que los padres reciben y se vinculan por primera vez con su hijo. No se trata de negar a los padres información científica sino que ésta no sature los lugares de las funciones materna y paterna ni las expectativas que estos desarrollaron antes del nacimiento del niño.

Por este motivo, es que se desarrollará, desde el discurso parental, el proceso de elaboración y aceptación. que los progenitores deben atravesar, para dar un lugar al hijo real, con su dificultad.

Hay un aspecto que es imprescindible no dejar de lado: mientras que la Deficiencia Mental es una variable pasible de ser determinada desde la dotación orgánico-biológica con que se nace, la estructuración del aparato psíquico, en cambio, es contingente, acontece luego, no depende de la biología sino del lugar que el Otro le ofrece al recién nacido, especialmente en los primeros años de vida. Es por esto, que se considerará la importancia de los vínculos tempranos entre los padres y el niño con discapacidad mental. Describiendo, de esta manera las diferentes modalidades vinculares, tanto favorecedoras como obstaculizadoras del proceso de toma de posición subjetiva del niño.

Se intentará hacer extensivas las hipótesis de algunas teorías dentro del marco psicoanalítico al terreno de la discapacidad mental. Utilizando para ello elementos de este modelo en pos de no caer en el reduccionismo y el determinismo biologicista y los nocivos efectos que producen en el proceso de subjetivación del niño que porta esta discapacidad. Lo que los autores consultados proponen es sacar a la luz lo diverso y singular que habita en cada sujeto, haciendo una lectura de las particularidades psíquicas más allá de la deficiencia. De lo que se trata, es de preservar su lugar de sujeto.

## CAPITULO 1: DEFINICIONES DE DISCAPACIDAD MENTAL.



### 1.1 Origen del concepto Retardo Mental.

Casarella y colaboradores (1998), manifiesta que el concepto de retraso mental surge en la segunda mitad del siglo XVII a la par de un cambio fundamental para el mundo occidental: El fin del Antiguo régimen y la instauración de un nuevo modelo moral que cambiará las costumbres esencialmente

Este modelo tiene como marco tres hechos

- a) el cambio de la Pastoral Cristiana, producido con el Concilio de Trento, que instala el sentimiento de la familia y del niño como eje de esta, una moralización de las costumbres que dominara la escena de la época desde el siglo XVIII en adelante. Esta moral imponía un hablar decente, en especial en relación con el tema sexual, del cual no había que decir, ni ver, ni saber.
- b) La consolidación del poder de la psiquiatría.
- c) La revolución industrial (p. 103):

Es en esta época en la que los locos comienzan progresivamente a ser separados del resto de las personas recluidas y luego de los idiotas. Esto ira generando un aumento del poder de los psiquiatras, este poder se consolidará aun mas a partir de la denominada "psiquiatrización de la infancia" (Foucault, 2005). Momento en el cual los psiquiatras comienzan a determinar qué niño es normal y cuál no lo es. Esta psiquiatrización no pasará por el niño loco sino por el idiota que a partir de este momento será calificado como retardado mental.

Casarella y colaboradores (1998) consideran que se distinguen en este cambio dos procesos uno teórico y otro relacionado al proceso de institucionalización y psiquiatrización de la infancia.

En cuanto al proceso teórico se ve que a fines del siglo XVIII la idiotez comienza a ser percibida como otra forma de locura y es circunscripta a la niñez ya que era más fácilmente comprobable en los niños. Por otro lado la demencia solo era comprobable a partir de cierta edad.

Fue Esquirol quien, a comienzos del siglo XIX encaro una clasificación de los atrasos mentales. Designó al nivel más profundo con el nombre de idiotez y la definió de esta manera: "la idiotez no es una enfermedad, es un estado en el cual las facultades intelectuales jamás se han manifestado o no han podido desarrollarse lo suficiente" (Foucault, 2005, p. 232).

A partir de ese momento el retraso mental queda delimitado como una patología del desarrollo, el individuo se desarrolla por tener capacidad e inteligencia o no se desarrolla por carecer de ellas.

En lo que se refiere al proceso de institucionalización es Seguin quien sienta las bases para distinguir a los idiotas de los niños retrasados mentales. Para él lo que ocurre no es una ausencia del desarrollo sino una interrupción de este. El niño retrasado es aquel que se desarrolla más lentamente que los niños de su edad. Así, considera al idiota como aquel afectado por una interrupción del desarrollo y al retrasado como alguien cuyo desarrollo, aunque continuo, es más lento. Para Seguin (Foucault, 2005) el idiota y el retrasado mental no son enfermos sino que no han llegado aún al estadio normal o lo han hecho con demasiada lentitud. Surge así la noción de anomalía, y la educación como la única forma de cura.

La categoría de anomalía, según Foucault (2005) es lo que consolida el poder de la psiquiatría.

Progresivamente estos niños van a ser derivados a otros tipos de instituciones (ya que hasta ese momento se aislaba en las mismas casas de reclusión tanto a personas adultas como a niños menores de diez años), las escuelas especializadas. "No se trata más que de una decisión ministerial apoyada en el principio de que los idiotas son aun una categoría de alienados" (Foucault, 2005, 247).

El poder psiquiátrico delinearé a través del tiempo el contenido de la educación con el objetivo claro de volver lo anormal hacia la norma.

Con relación a esto, Mannoni (1964) manifiesta

Los progresos de la pedagogía marchan en el sentido de una adaptación, de un bienestar para el sujeto, dentro de los límites que el Otro cree posible [...] El peligro está en que las reglamentaciones se adelanten a nuestros conocimientos y que, una vez más, la técnica predomine sobre lo humano. (p. 154)

En la actualidad esta tendencia a reeducar, recomponer, resocializar centrada en la patología se encarna en diversas prácticas que se refugian en los límites estrictos de una maniobra sobre el cuerpo que sigue dejando de lado la subjetividad e historia particular de cada sujeto.

En relación a esto, y al actual avance en este campo, como en el de la salud en general, de la tecnología y la farmacología, Silvina Gamsie (2009) manifiesta: “El avance tecnológico y la hiper especialización, el eficientismo en la aplicación de procedimientos cada vez más sofisticados y una farmacología más afinada se inscriben en un proceso de éste orden” (p. 19).

Asimismo, advierte Françoise Dolto en su obra “la causa de los niños” (1985)

“La ciencia que tantas esperanzas suscitó en el siglo XIX, estaba llamada, parecería ser, a ponerse al servicio del niño. No hubo nada de eso. La ciencia no se puso al servicio del niño. Se puso al servicio del orden establecido, de la institución pública, de la policía. O de la ciencia misma. Investigar por investigar.” (Dolto, p. 78).

## **1.2 Definiciones de Discapacidad Mental y Retardo Mental. Manuales Diagnósticos y Clasificatorios.**

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, retraso mental y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

La CIF, (2001) ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tiene como objetivo principal el proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud. Esta nueva clasificación utiliza un modelo multidimensional y define los siguientes componentes, estructurados en dos categorías:

- Funcionamiento y Discapacidad: Funciones y Estructuras Corporales, Actividades, Participación
- Factores ambientales: Factores ambientales y Factores personales

El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación; de manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación.

La CIF también enumera Factores Ambientales que interactúan con todos estos “constructos”. Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios.

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente en la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se

clasifican en la CIF. Por lo tanto, la CIE-10 y la CIF son complementarias, por lo tanto es útil que los usuarios utilicen conjuntamente estos dos elementos de la familia de clasificaciones internacionales de la OMS. La CIE-10 proporciona un "diagnóstico" de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento, proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, que puede emplearse en los procesos de toma de decisiones.

En caso concreto del término retardo mental, hay que considerar que, para la CIE-10 (1992) el retardo mental es un:

Estado de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, por ejemplo, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física. Los grados de retraso mental se estiman, de manera convencional, a través de exámenes de inteligencia estandarizados. Estos pueden complementarse con escalas que evalúan la adaptación social en un medio ambiente determinado. Estas mediciones brindan una aproximación al grado de retraso mental. El diagnóstico dependerá, también, de la evaluación general del funcionamiento intelectual realizado por un evaluador calificado. Las habilidades intelectuales y la adaptación social pueden cambiar con el tiempo y, aunque sean pobres, pueden mejorarse como resultado del adiestramiento y la rehabilitación. El diagnóstico deberá basarse en los niveles de funcionamiento actuales. (p. 181)



Así mismo, la Asociación Americana de Retraso Mental (1992), ha definido el retraso mental como una dificultad básica en el aprendizaje y ejecución de determinadas habilidades de la vida diaria, en relación no solo con la inteligencia conceptual sino también con la práctica y emocional.

Por otro lado el retraso mental, según Tallis y colaboradores (1998),

No se refiere a una entidad patológica determinada, es una categoría diagnóstica que contiene criterios de inclusión y exclusión. Una vez ubicados los pacientes en esta categoría, difieren notablemente en las causas de su alteración y en sus modos de funcionamiento (p.13).

Los criterios para el diagnóstico del retraso mental según el DSM IV (1997) son:

A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

B. Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales-interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los 18 años.

El manual, asimismo presenta una diferenciación entre:

Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70.

Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55.



Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40.

Retraso mental profundo: CI inferior a 20-25.

Retraso mental de gravedad no especificada: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

La CIE-10 (1992), por su parte, define los niveles de gravedad del retraso mental con puntos de cortes exactos:

- leve entre 50 y 65
- moderado entre 35 y 49
- grave entre 20 y 34
- profundo por debajo de 20

En cambio el DSM-IV (1997) tiene mayor grado de flexibilidad al relacionar la gravedad del trastorno con la puntuación del CI.

En la clasificación de la AAMR (1992) el criterio de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se refiere a una puntuación típica aproximada de 70-75 o inferior.

El DSM IV especifica los niveles de gravedad mientras que el sistema de clasificación AAMR especifica patrones y grados de la asistencia que requieren (esto es, intermitente, limitada, permanente y generalizada), que no son directamente comparables con los grados de gravedad del DSM IV.

De esta manera, se puede observar que existen tres sistemas de clasificación internacionales aptos para la ubicación de esta categoría diagnóstica: el Manual de Clasificación de Enfermedades Mentales de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM-IV), la clasificación de la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10). Sin embargo, la persona que describen estos manuales está privada de singularidad, ya que es clasificada y valorada de acuerdo a parámetros estándar que se consideran "normales". A diferencia

de estas nociones, desde el psicoanálisis ya no se tratará de una reeducación del individuo, de adaptarlo a lo que “debe ser”, visualizando así las diferencias y características singulares de cada sujeto.

### **1.3 Retardo Mental en la concepción psicoanalítica**

Si bien fueron consideradas las definiciones y clasificaciones precedentes como punto de partida para la introducción a la temática de la discapacidad mental. Estas, no permiten visualizar la complejidad y particularidad de la persona, los avatares en su estructuración psíquica y la influencia que sobre esto tiene el entramado vincular familiar del que se es parte.

De esta manera, el psicoanálisis no pone todo el acento en el concepto de normalidad, buscando alienar lo menos posible al sujeto y esperando que algo de su deseo se manifieste. Más allá de las significaciones dadas por los CI y los diagnósticos que, basados en estadísticas, clasifican, encasillan y ante todo fijan a un niño en su patología; dejando de lado la subjetividad propia y singular de cada uno, a pesar de la deficiencia intelectual.

Dando cuenta del papel del psicoanálisis en este campo, se desarrollarán a continuación algunas definiciones aportadas por referentes teóricos de esta teoría sobre la discapacidad intelectual.

Lacan (1972) llama debilidad mental al hecho de que un ser, un ser hablante, no esté sólidamente instalado en un discurso. La innovación de este autor es anular toda definición deficitaria de la debilidad mental para ver en ella un malestar fundamental del sujeto en cuanto al saber. Al respecto, C. Savid (2004) afirma que la debilidad mental “es una posición fijada en el tiempo de reconocer fallas en el discurso del Otro; descubrir que los padres no son portadores de la verdad” (p.138), basándose en un texto de P. Bruno (1986) en el que llama a esta posición de suspensión entre la alienación y la separación, “no puedo saber”.

En relación a esto manifiesta Peusner (2010) “En consecuencia, la debilidad queda como una operación que tendería a eliminar la pregunta por

‘¿qué es eso que me decís en lo que me decís?’, nivel que genera siempre un malestar, ya que es el nivel en que se manifiesta el deseo del Otro” (p. 24).

Siguiendo con esta línea, la clasificación de la psicoanalista Anny Cordié (1994) considera la debilidad mental como una inhibición. Toma el concepto de inhibición trabajado por Freud (1926), el cual la define como la expresión de una “limitación funcional del yo, que a su vez puede tener muy diversas causas” (p. 85).

La debilidad mental sería una pobreza, una fragilidad original de las facultades intelectuales. De esta manera, la autora realiza una tipificación de tres formas en las que se puede presentar la inhibición. Estas serían:

- Inhibición intelectual como desorden neurótico, la inhibición es provocada por el conflicto inconsciente. Este puede referirse a las instancias del yo, en este caso con mucha frecuencia está vinculado a las identificaciones edípicas. A un nivel más arcaico, se encuentra siempre la inhibición vinculada con una pulsión; aquí el conflicto es con el ello. Ya sea que el conflicto se de en este último o en el yo se verá una inhibición en el deseo de saber.

- Inhibición en las estructuras psicóticas. Dice Cordié (1994):

Acá, la noción de conflicto no tiene el mismo sentido, la inhibición no está ligada a un mecanismo de rechazo, sino a la forclusión. El sujeto no puede acceder al orden simbólico en razón de una falla estructural que problematiza profundamente su acceso al saber (p. 168).

- Inhibición por carencia de aportes significantes. Son los casos de niños criados en lugares donde el intercambio simbólico es pobre. Esta pobreza en los intercambios verbales dentro del medio familiar puede estar recubriendo una “pobreza afectiva, una ausencia de reglas éticas, un desorden en el comportamiento paterno, un desamor por el niño. En estos casos el lugar del niño está marcado, desde su nacimiento, por el signo de una debilidad mental” (Cordié, 1994, p. 168).

La psicoanalista argentina Marta Schorn (1999) manifiesta que la palabra discapacidad ha surgido para dar cuenta de aquello que está fuera de lo esperado.

La discapacidad, cualquiera ésta fuere, sensorial, intelectual o motriz, no afecta al sujeto en su totalidad, lo que "marca" es en verdad la mirada de "los otros", que lo encuadran en la categoría de lo diferente no permitiendo el surgimiento o la continuidad de un SER con mayúsculas. (p. 7)

En este sentido afirma que la discapacidad no es una enfermedad ni un síntoma, sino una "marca real" que acompañará a la persona que la porte durante todo el trascurso de su vida. No niega que esta temática deba ser estudiada por la medicina pero advierte que se debe comprenderla en el sentido más amplio, para que el sujeto no se pierda y pueda ser considerado en su totalidad.

Por su parte Maud Mannoni, psicoanalista francesa, discípula de J. Lacan y F. Dolto, quién fundó en los años 60 la Escuela Experimental de Bonneuil que recibía niños psicóticos y neuróticos graves, con la intención de reintegrarlos a la sociedad, ha desarrollado a lo largo de su obra un entrecruzamiento de las teorías de Winnicott y Lacan. Su interés en las investigaciones clínicas apuntaba, en un principio, a los niños relegados del pensamiento psiquiátrico y psicoanalítico: los débiles mentales.

La autora no ha brindado una definición cerrada ni inmóvil de la discapacidad mental. Ya que si bien la debilidad se inscribe como un hecho, sin que el psicoanálisis tenga que decidir entre una causación orgánica o psíquica, lo que se torna decisivo es la manera en que ésta es acogida, soportada, tratada, en la economía psíquica parental, en primer lugar por la madre. Esto permite a la autora elaborar una concepción de la debilidad mental que depende de forma esencial del "decir parental".

En su libro "El niño retardado y su madre" (1964), plantea:

¿Qué es, pues, la debilidad mental?

¿A qué he arribado, partiendo de tesis organicistas y de clasificaciones psicológicas, a través de los continuos cuestionamientos de mis investigaciones? A no querer saber nada, al principio, del CI o de la alteración orgánica, a fin de escuchar hablar al sujeto, para captar, a través de su discurso y del de los padres, el sentido que había llegado a tener la debilidad mental para uno y otros (p. 114).

En conclusión, se puede ver que todas estas definiciones psicoanalíticas enfatizan que las dicotomías entre lo somático y lo psíquico no existen. En el niño su cuerpo habla del psiquismo tanto como el psiquismo se expresa a través del cuerpo, lo que se deberá tener en cuenta más allá de la patología es, porqué: "Ese niño, débil o no, presenta un lenguaje relacional perturbado y él mismo se expresa por un camino extraviado" (Mannoni, 1964, p. 42).

Lo que el psicoanálisis debe y puede ofrecer es un lugar donde la persona aquejada con alguna discapacidad llegue a pensarse como sujeto, hablar en nombre propio y decidir en función de sí mismo y no en el de la ciencia como portadora de un saber absoluto. No se tratará de curar, de reparar el daño real (marca visible) sino de atender como ese daño se inscribe y es vivido en el mundo interno del sujeto. Proceso que será profundamente influido por el modo en que haya sido simbolizado por los padres.



## CAPITULO 2: EL HIJO DEL DESEO Y EL DESEO DEL HIJO

### 2.1 ¿Como entra un niño en la vida?

Desde el psicoanálisis se teoriza que un niño ingresa a la vida a través de la trama simbólica compuesta por palabras, sueños y promesas consolidadas por sus padres incluso antes de engendrarlo.

El psicoanalista Isidoro Berenstein (1987) manifiesta que “las personas componentes del sistema familiar están ligadas y determinadas sin ser conscientes de ello por una estructura inconsciente” (p. 16). De esta manera, se puede ver que todo niño forma parte de una estructura familiar previa inconsciente que se conforma a partir de la estructuración psíquica de cada miembro de la pareja; por ello, todo niño tiene una historia y además esta insertado en otra que le antecede.

Así, pensar la constitución subjetiva es pensar que el niño nace en un mundo de lenguaje, en tanto hay un discurso que le preexiste a partir de dichos que le anteceden, de los hechos que lo determinan, de lo que de él desean sus padres, particularidad que delimita el lugar que ocupará en la estructura familiar.

En este sentido Piera Aulagnier (1975) habla de violencia primaria, como:

Un discurso que se anticipa a todo posible entendimiento, violencia que es, empero, necesaria para permitir el acceso del sujeto al orden de lo humano. Precediendo en mucho al nacimiento del sujeto, hay un discurso preexistente que le concierne: especie de sombra hablada, y supuesta por la madre hablante, tan pronto como el infans se encuentre presente, ella se proyectará sobre su cuerpo y ocupará el lugar de aquel al que se dirige el discurso del portavoz [...] En un primer momento, el discurso materno se dirige a una

sombra hablante proyectada sobre el cuerpo del infans; ella le demanda a este cuerpo cuidado, mimado, alimentado, que confirme su identidad con la sombra (p. 117-118)

Durante meses la madre y también el padre, han construido una imagen del niño que va a nacer. Imagen procedente de sus propias identificaciones, de sus aspiraciones, de sus frustraciones y luego acontece el nacimiento. Que es una revelación, un descubrimiento. La madre se encuentra con el cuerpo del niño y surge el riesgo. Piera Aulagnier (1991) describe el “riesgo relacional” que se produce en el primer encuentro entre el niño su madre:

Ese encuentro va a exigir una reorganización de su propia economía psíquica, debiendo extender a ese cuerpo la investidura de lo que hasta ese entonces gozaba únicamente el representante psíquico que lo procedió.

Las primeras manifestaciones de la vida psíquica y somática del niño le pondrán al descubierto del poder de la emoción y producirá modificaciones a su propia economía psíquica a partir de ese fragmento de realidad que el cuerpo de su hijo representa (p. 151).

Por otro lado, Mannoni (1964), expresa:

Existe para la madre real o adoptiva, un primer estado, vecino al sueño, en que ella anhela “un niño”; este niño es al comienzo una especie de evocación alucinatoria de algo de su propia infancia, que se perdió [...]. Este niño, tan ardientemente deseado, crea para la madre cuando llega, es decir cuando la demanda se concreta la primera decepción: helo aquí, pues, este ser de carne... pero está ahí separado de ella, siendo que, en el nivel inconsciente, era con una especie de fusión que ella soñaba [...]. A este niño de carne va a

superponerse una idea fantasmática, que tendrá por función reducir la decepción fundamental de la madre (decepción que tiene su historia en su propia infancia). (p. 57)

Entonces, todo lo que se dice de un niño, ya sea antes de su nacimiento o aquello que lo define posteriormente tiene valor de significante.

Pensar la constitución subjetiva es pensar qué se le dice a un niño, lo que va especificando un mundo de significaciones para él, quién se lo dice, desde qué lugar se lo dice.

A este respecto Ricardo Rodulfo (1993) dirá:

La cuestión de que es un niño, de que consiste un niño, conduce a la prehistoria, tomándola no solo en el sentido que Freud le otorga (primeros años de vida que luego sucumben a la amnesia), sino a la prehistoria en dirección a las generaciones anteriores, la historia de esa familia, su folklore [...] La historia del chico debe ser un recuento de todo lo que el puede fantasear o no, lo cual conduce a toda la problemática de la prehistoria, esto es lo que lo precede, los modos y gradientes de lo ocurrido determinantes para ese niño, antes de que propiamente exista. (p. 18)

## **2.2 Las funciones parentales**

Desde un primer momento el nacimiento del niño enfrenta a sus progenitores frente a un hecho que los desborda, pues los reenvía a su propia historia subjetiva, su propio mito familiar.

Un mito familiar bien puede conceptualizarse como un puñado de significantes dispuestos de cierta manera [...] lejos de ser entes pasivos, la tarea

eminentemente activa que todo ser humano debe emprender, para la que necesita ayuda porque solo no puede consumarla, es encontrar significantes que lo representen ante y dentro del discurso familiar, en el seno del mito familiar, o sea del campo deseante familiar (Rodulfo R., 1993, p. 40)

Desde allí, el desarrollo del recién nacido se estructura a partir del deseo parental, que lógicamente se instituye en un tiempo anterior al nacimiento. Ese hombre y esa mujer que dieron origen a ese nacimiento tendrán que apropiarse del niño, pero en una nueva función como padre (diferente y complementario al del hombre) y como madre (diferente y complementaria el de mujer). Funcionamiento materno y paterno que les asigna un nuevo estatuto: padre y madre, a partir del cual el niño podrá estructurarse como hijo.

Ocupar un espacio físico en el mundo implica sobre todo ocupar un lugar en el deseo del Otro, pero para que esto se cumpla es preciso que alguien otorgue ese lugar.

El poeta Michaux escribe: El amor es la ocupación del espacio. Para nosotros, psicoanalistas, es una expresión de enorme densidad conceptual. Ocupar un espacio físico viniendo al mundo primeramente, pero sobre todo ocupar un lugar en el deseo del Otro, sin el cual la vida, de entrada, pierde toda posibilidad de sentido; pero para que esto se cumpla es preciso que alguien done lugar. (Rodulfo R., 1993, p. 43)

Jacques Lacan (1988) introduce el concepto de "gran Otro" para designar el lugar que ocupa la madre, en tanto es quien acogerá al niño en su deseo, permitiéndole constituirse como sujeto. Así, desde la perspectiva psicoanalítica se habla de "deseo de la madre" para designar a la función materna.

Si no hay Otro no va a haber sujeto, si no hay una madre que decodifique el llanto como llamado, como demanda dirigida hacia ella, no habrá sujeto sujetado a su deseo.

Por esto, el sujeto se constituye en el campo del Otro, de los significantes del Otro. Será entonces la madre la encargada de significar, de interpretar, de poner en palabras esto que el niño le pide, dándole una respuesta que nunca es la misma, ya que va dando distintas interpretaciones al grito del niño. Llevándolo así, a una demanda dirigida al Otro, que está más allá de la satisfacción de la necesidad.

Para poder ser, en el sentido en que cabe hablar al psicoanálisis, para encontrar cierta implantación en la vida humana, la única oportunidad que tiene el sujeto es asirse a un significante [...] El ser humano al nacer tendrá el trabajo de encontrar significantes para encaramarse al orden simbólico de la intersubjetividad, proceso que caracterizamos como de extraer y dejar marcas, valiéndose de los materiales del mito familiar (Rodulfo R., 1993, p.66).

Es un verdadero trabajo psíquico y físico, el constituirse en sujeto, libre del goce de los padres. Pero en ese trabajo conjunto, niño y padres finalmente realizan una tarea disciplinada, donde la madre al decir de Winnicott (1992) se ofrece al niño para que él pueda aferrarse a la vida. Es la madre la que comienza con una adaptación casi total a las necesidades de su hijo y a medida que pasa el tiempo y en consonancia con la creciente capacidad de él, es la que se va distanciando, lo va desilusionando.

Al comienzo, gracias a una adaptación de casi cien por ciento la madre ofrece al bebe la oportunidad de crearse la ilusión de que su pecho es parte de él [...] la omnipotencia es casi un hecho de la experiencia. La tarea posterior de la madre consiste en desilusionar al bebe en forma gradual, pero no lo lograra si al principio no le ofreció suficientes oportunidades de ilusión (p. 28).

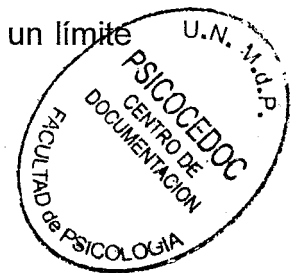
Esta aptitud tiene que ver con la capacidad de amparo que ella posee. La función del amparo permite proveer de apoyo y apoyo en el estadio de la dependencia absoluta, con anterioridad a que se afirme la integración del yo.

Winnicott (1992) dirá:

La madre bastante buena comienza con una adaptación casi total a las necesidades de su hijo y a medida que pasa el tiempo se adapta poco a poco, en forma cada vez menos completa, en consonancia con la creciente capacidad de su hijo para encarar ese retroceso. (p. 28)

Los medios con los que contaría el bebé para afrontar este retroceso, según Winnicott (1992) serían:

- 1) su experiencia, repetida a menudo, de que la frustración tiene un límite de tiempo.
- 2) Una creciente percepción del proceso.
- 3) El comienzo de la actividad mental.
- 4) La utilización de satisfacciones autoeróticas.
- 5) El recuerdo, el revivir de experiencias, las fantasías, los sueños que integraran al pasado el presente y el futuro.



En cuanto al padre, al igual que la figura materna, trasciende a la contingencia del hombre real, por lo cual no es necesaria su presencia física para que haya un padre, siendo su estatuto el de un lugar, una función.

No se trata del padre como persona, sino de que su función sea efectiva para limitar la relación fusional que se establece entre el niño y la madre en los primeros tiempos de su constitución.

Lacan (2003) dice que el padre se estructura en tanto nombre y en tanto nombrante, por ello, denomina a la función paterna "*nombre del padre*", en la medida en que a través del apellido le confiere una identidad al niño, un lugar en determinada estructura familiar y generacional. En este sentido, el padre es

un donador en tanto da un lugar en la genealogía, pues encadena al sujeto en una historia que lo inscribe en la serie generacional.

El accionar de la función paterna le permitirá al niño asumirse como sujeto deseante. La transmisión de esta función, depende de que la madre en su discurso reconozca al padre como representante de la ley de prohibición del incesto. Es decir, debe poder hacer lugar al nombre del padre en su discurso.

Es la madre, soportando la interdicción paterna, en la realización de su función deseante, quien instauro la brecha entre ella y su hijo, marcando una posición tercera una triangulación por donde circulará el deseo hacia otros.

Así, el niño va a resultar de la encarnación de tres deseos: el de su madre, el de su padre y el suyo

En síntesis, se puede decir que el problema para la constitución del sujeto va a ser no solamente como opera el deseo de la madre, sino como el padre funciona produciendo un corte en la relación entre el niño y esta.

La función de residuo que sostiene (y a un tiempo mantiene) la familia conyugal en la evolución de las sociedades, resalta lo irreductible de una transmisión – perteneciente a un orden distinto al de la vida adecuada a la satisfacción de las necesidades- que es la de una constitución subjetiva, que implica la relación con un deseo que no sea anónimo.

Las funciones del padre y de la madre se juzgan según una tal necesidad. La de la Madre: en tanto sus cuidados están signados por un interés particularizado, así sea por la vía de sus propias carencias. La del padre, en tanto que su nombre es el vector de una encarnación de la Ley del deseo. (Lacan, 2007, p. 32)

### **2.3 Del cuerpo orgánico al cuerpo atravesado por el deseo del Otro.**

El sujeto no nace humano en forma innata, nace como un cuerpo biológico que se constituye humano en un campo que es el de la relación con

el Otro. Este campo del Otro, es un campo caracterizado por el deseo, por las intenciones y por toda la historia de ese que oficia de Otro para el niño. Es decir, que es a través del contacto con el cuerpo de la madre, de los intercambios libidinales que se producen y de lo que se dice en relación al cuerpo que este se ira construyendo y delimitando como un cuerpo erógeno.

La doctora Elsa Coriat (1996) dice:

Lo psíquico se construye sobre el papel de lo orgánico, pero la mano que escribe esta dirigida desde el inconciente de los padres. Lo orgánico no es causa ni determinante de lo psíquico en su aspecto afectivo, por el contrario, la estructura relacional que los padres establecen con sus hijos durante los primeros tiempos deja marcas en el cuerpo, ya sea para propiciar el surgimiento del sujeto del deseo, ya sea para imposibilitarlo. (p. 53)

Cuando un niño nace todavía no hay sujeto, sino un puro cuerpo viviente. El momento del parto no coincide con el advenimiento del sujeto. La operación que permite que los movimientos reflejos se tornen paulatinamente en movimientos subjetivados es el lenguaje. Este supone una inscripción en el cuerpo, así, los movimientos arcaicos resultan trastocados por la inscripción del lenguaje en el cuerpo.

La madre o quien corporice esta función, al mirar, al amamantar, al hablar, al cuidar, al tocar a su bebe lo seduce y lo erotiza, configurando un ritmo de presencias y de ausencias que le otorga al recién nacido una permanencia, una primera unificación corporal necesaria para su estructuración. Es el Otro quien en un primer momento le otorga permanencia al recién nacido frente a su dispersión fisiológica y corporal. Es por eso que un cuerpo se construye, se simboliza a partir de la demanda de amor del Otro.

Rodolfo (1999) expresa: "¿Qué hace una caricia?, al decir que la caricia subjetiva. Es una operación crucial para esa transformación, de un pequeño mamífero, un animalito más, en un sujeto deseante" (p. 44).

Estos actos de la madre se inscriben en el cuerpo del niño como una huella. A partir de ella, su tono muscular y su postura toman un sentido, se

eroginizan y se organizan en un funcionamiento propio del impulso a desear, del movimiento del deseo de un sujeto. Solo así, podrá el niño habitar, investir su desarrollo, ya que no será puramente cronológico y automático, sino singular. De esta manera el autor también manifiesta "Freud llega a pensar: no en la forma de un más allá sino en la de un a través del placer; a su través el niño se subjetiva, pasa del organismo al cuerpo, se escribe en tanto corporeidad" (p. 24).

Por otro lado, el Dr. Levin (1997) enuncia: "Así como el momento del parto no coincide con el nacimiento del sujeto y el cuerpo orgánico no coincide con la imagen del cuerpo, el niño como tal, no coincide consigo mismo, sino que depende del Otro para transformarse en hijo" (p. 43 ).

En síntesis, los movimientos del cuerpo de un niño, desde que nace, se relacionan con la dialéctica del deseo que se establece con el entorno familiar que lo recibe, principalmente con la madre. Así, lo que circula en la repetición de actos significados por esta, es el deseo, que hace que el cuerpo del bebe ya no sea puro cuerpo carnal, sino cuerpo simbolizado, subjetivado.

Todos los niños nacen en un estado de indefensión, necesitan de Otro para vivir. Este Otro que se encarna en las figuras parentales, tiene la responsabilidad inicial de sostener al bebe, sustentándolo en una red de ilusiones y propuestas significantes. Solo de esta manera el pequeño niño podrá devenir sujeto: sujeto de deseo. "Que sea lo que sea con tal que venga sanito, reza un decir popular. Ella tejió escarpines, adivinó un sexo y acarició un sueño. El sugirió un nombre, anticipó un futuro y jugó apuestas" (Baraldi, 1995, p. 57).



## **CAPITULO 3: EL DISCURSO PARENTAL Y EL DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL.**

### **3.1 Diagnóstico y características de los vínculos.**

Un diagnóstico es un punto de referencia para el médico. Para el enfermo, un diagnóstico no tiene mucho sentido y no sabe que hacer con él. Se trata de ayudarlo a superar un veredicto y esto no puede hacerse sino a partir del diálogo; todavía falta poder establecerlo. (Mannoni, 1964, p. 91)

En las últimas décadas los niños dejan de ser vistos solamente por la medicina, para ser vistos y mirados por el psicoanálisis y otras ciencias de la salud. El cuerpo deja de ser el único objeto de estudio. Durante años el médico se arrojó el poder de dar diagnósticos precisos y pronósticos que le daban a los padres una visión de su hijo casi desde el nacimiento hasta la muerte. Pero un diagnóstico por preciso que sea no basta para determinar el futuro de un niño pequeño y de su familia.

Sin embargo, el discurso médico que implementan muchas veces los profesionales de la medicina solo tiene en cuenta problemas biológicos, dejando de lado la individualidad de cada niño, la vulnerabilidad de la madre y del padre y los recursos subjetivos que la pareja tenga para afrontar el diagnóstico.

El diagnóstico médico se sostiene en el hecho de que el lenguaje médico dará cuenta de la enfermedad descubriendo sus causas naturales, las únicas que forman parte del discurso médico, así como habrá constituido otros síntomas en hechos y los habrá reagrupado en síndromes (Clavreul, 1978, p. 125)

Este diagnóstico, que involucra la correlación de un significado con un signo ya instituido, implica un proceso que excluye el lugar del sujeto, en tanto se haya gobernado por la aspiración científica.

En cualquier momento en que aparezca el trastorno y el diagnóstico del mismo, este tendrá un impacto sobre los padres. Este, se producirá en el orden de lo previsto, desde lo imaginado y esperado. Lo imaginado se encontrará contrariado por algo inesperado y exigirá a los padres acudir a "otros" especializados para apropiarse de lo que no se sabe. Lo cual no impide que en el interior de la familia se movilicen angustias, temores, fantasías, ansiedades. Sin embargo, el momento en que irrumpa el conocimiento del diagnóstico de la discapacidad condicionará el establecimiento del vínculo temprano madre/padre/hijo.

El vínculo temprano funciona como la matriz en la cual se va armando el psiquismo de todo sujeto. Esta constitución psíquica se iniciará desde las etapas previas al nacimiento a partir del momento en que el bebé comienza a ocupar un lugar en el espacio mental de los futuros padres, continuando en las fases siguientes; en estas se tejen las interacciones y apegos que posibilitan el emerger del niño como persona.

Es necesario que el niño no quede aplastado bajo el peso de la patología lo cual hace obstáculo en su camino a la singularidad. Como dice Clemencia Baraldi (1995) "Cuando la sombra del diagnóstico no deja ver al hijo es allí donde la patología invade el vínculo" (p. 62).

La dificultad de los padres para adoptar al niño como hijo, de encontrar en él alguien con capacidad de representarlos, alguien en quien proyectarse a la eternidad, retacea el soporte simbólico con que todo niño cuenta antes de nacer. Es decir, el niño no se encuentra con padres ilusionados que lo reciben. Por el contrario, es recibido como un extraño, sin historia para ellos, como alguien desconocido, por lo menos inesperado.

Dicho de otro modo, el diagnóstico eclipsa el saber inconsciente que los padres portan, quedando en riesgo de sumergirse en la oscuridad del desconocimiento y la ignorancia.

El diagnóstico entonces, desplaza la imagen constituida de un hijo y ubica allí algo inesperado, del orden de un objeto científico al que nombra y sobre el cual los padres no saben. En un solo movimiento, se borra, por un lado

una imagen en la que los padres sostienen su saber ser padres y su capacidad de correr el riesgo de no ser los mejores, y por otro, se eclipsa un nombre pensado y se ubica el que la ciencia impone: retraso mental en este caso. Este sustantivo común tiene la capacidad de nominar al niño, y justamente, por su carácter de común, lo ubica en una clase y lo hace pasible de ser contenido por una estadística. En otras palabras, un posible desenlace es la cosificación, la objetivación del niño, el quedar atrapado en las manos de la ciencia. "Ser rotulado como débil mental o loco, solo puede conducir a sufrir ese estado de cosas o a revelarse. No existe posibilidad de asumirse como ser autónomo, sobrepasando una frontera trazada por el Otro. Tal como se ha sido juzgado, se debe permanecer" (Mannoni, 1964, p. 153-154).

El saber externo al que los padres quedan orientados es el de la ciencia, el de la medicina, el cual es soportado por el médico que se ofrece en una posición propicia para recibir la demanda de un saber acerca del destino de ese niño extraño que ha nacido.

Mannoni (1964) dirá al respecto del diagnóstico:

Pero, ¿qué es en realidad la debilidad mental?

Aquí son posibles dos actitudes: o bien el consultor "sabe", y con toda conciencia orienta al niño hacia un servicio de reeducación competente, o bien trata de comprender y el tiempo poco le importa: para condenar a un ser, la hora suena siempre demasiado pronto.

En forma deliberada, yo he optado por no saber [...] me he tomado siempre tiempo para reflexionar, llevando, para el niño, el tiempo del diálogo lo más allá posible (p. 27).

La autora manifiesta cómo al proceder así, en todos los casos se podía colegir más allá del síntoma una significación. Este síntoma ocultaba un determinado tipo de vinculación que no se manifestaba a través del lenguaje. Advierte, por lo tanto, que reeducar apresuradamente este síntoma hubiera

implicado obturar la posibilidad de expresión de un conflicto y habría dejado al niño fijado en el lugar asignado por el discurso familiar.

El problema que me planteo no es el de si es débil o no. Antes bien, este problema sería del orden siguiente: ¿Qué hay de perturbado en el nivel del lenguaje (en la relación madre-hijo), que se expresa por un camino extraviado inmovilizando al sujeto en el estatuto social que se le ha adjudicado; fijado a la madre en el rol que ella misma se ha asignado? (Mannoni, 1964, p. 28).

### **3.2 Reacciones de los padres frente al diagnóstico**

La confirmación del diagnóstico de discapacidad mental de un hijo puede darse durante el periodo de gestación, al nacer, en momentos posteriores al nacimiento, durante el primer año de vida o en otras etapas de su ciclo vital.

Esta noticia sorprende a la familia en su conjunto, que al no estar preparada, reacciona en el encuentro con ese bebé con sentimientos contradictorios, amor y rechazo, al no coincidir con las expectativas del "hijo ideal" y enfrentan a los progenitores a la frustración de los anhelos y fantasías, provocando una profunda herida narcisista, de difícil y lenta recuperación. (Giberti, 1999, p. 4).

La reacción ante el diagnóstico es individual y muchos son los factores que van a incidir en cómo va a ser el curso de este procedimiento psíquico; tales como la forma en que se ha notificado a los padres el diagnóstico, los recursos internos y externos de la familia, las expectativas hacia el hijo, las características emocionales y personales de los progenitores, las relaciones de pareja, el orden de nacimiento del recién nacido, etc. Se inicia un proceso de aceptación de la situación y por consiguiente su elaboración que comienza con la comprensión de la misma y culmina con la aceptación de las posibilidades que el niño tendrá, es decir, deben realizar el duelo correspondiente; ya que

esta situación no coincide con lo planificado familiarmente y es necesario una reformulación de lo proyectado.

Schorn (1999) plantea que las reacciones de los padres ante el diagnóstico se suceden en cinco fases, con las particularidades y singularidades de cada familia; las mismas pueden variar en cuanto al tiempo de duración y su intensidad, puede faltar alguna de ellas o alterarse el orden en que se presentan, etc. En estas habrá incidencia de diversas fuentes de tensión, como las económicas, las comunicativas, de salud y de carácter de cada miembro. Describe las cinco fases de la siguiente manera:

- 1- Conmoción: abrupta alteración de los estados anímicos. Deseo de muerte para sí o para el bebé, sensación de impotencia, llanto, deseos de huir.
- 2- Descreimiento o negación de la situación.
- 3- Tristeza, ira o ansiedad: aparecen sentimientos de depresión, búsqueda de un culpable, la furia hacia Dios o hacia la vida, despliegue de una ansiedad abrumadora.
- 4- Gradual atenuación de la tristeza o la ansiedad.
- 5- Reorganización: los padres comienzan a aceptar los problemas del hijo, y asumen que no es el hijo largamente deseado y descubren al niño real. (p. 29).



Sin embargo, el proceso dista mucho de este modelo lineal, al contrario, los momentos y sentimientos unidos a ellos, se presentan de manera circular, sin una lógica de ascenso establecida, con avances, pero también con periodos de incertidumbres y estancamiento, así como con la aparición de sentimientos de tranquilidad, precedidos por los de impotencia e incertidumbre.

La autora destaca que lo que más prepondera en este momento es la confusión. Los padres solo escuchan las palabras de los otros, de los profesionales de diversas índoles. Desconfían de su propia capacidad de saber

ser padres de este niño tan diferente del esperado. Su rol, de esta manera, se ve obturado por el discurso médico que decodifica al niño desde el padecer biológico, sin tener en cuenta los aspectos simbólicos que representan esa discapacidad. Esto, no les permite ver al hijo más allá del diagnóstico. Aquí, este último, pareciera paralizar a los progenitores que se ubican pasivamente a la espera del cumplimiento profético de los signos y la sintomatología dictados por el manual.

El primer paso de la operatoria clínica pasa por ubicar, de la manera más precisa posible, el diagnóstico médico, pero con esto viene entrelazado el escuchar qué lugar ocupa este niño para sus padres y la situación actual de su armado psíquico. [...] un niño no es (ni se hace) sin sus padres, y lo que este niño llegue a ser y a hacer dependerá más del lugar que se le dé que de las limitaciones que pueda imponerle su problema orgánico. (Coriat, 2006, p. 4).

Se espera que el diagnóstico de discapacidad no funcione como obstáculo en la triada madre-padre-hijo. Para esto, es imprescindible que los padres ingresen en un proceso de duelo, para poder ubicarse frente al hijo y reencontrarse con su función.

No se trata de negar a los padres información científica sino que ésta no sature los lugares materno y paterno ni las significaciones que los padres desarrollaron antes del nacimiento.

### **3.3 Aceptación y elaboración de la dificultad del hijo**

Según Schorn (2003), el diagnóstico puede ser considerado por algunas parejas parentales como un hecho traumático y por otras como una situación conflictiva a resolver. Así mismo, describe las diferencias entre trauma y conflicto de la siguiente manera:

Trauma: Un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, que lo incapacita a responder a él adecuadamente. Produce trastornos y efectos patógenos duraderos en la organización psíquica y su fecha puede ser establecida con cierta precisión.

En cambio conflicto: es cuando en el sujeto se oponen exigencias internas contrarias entre un deseo y una defensa. Puede producir síntomas pero aún así es lo constitutivo del ser humano (p. 149).

Por otro lado, Colette Soler (2007) dice: “hablamos de trauma cuando hay una irrupción violenta del sufrimiento, del espanto, del dolor, por vía de un encuentro inesperado” (p. 139).

Se puede deducir que no será lo mismo que el diagnóstico sea sentido y pensado por los miembros de la pareja como un trauma o una situación conflictiva. Generalmente es considerado un hecho traumático cuando reactualiza otras situaciones dolorosas, pérdidas o duelos no elaborados previamente.

Entonces ¿Cuáles son los efectos psíquicos que causa el diagnóstico de Discapacidad Mental, del niño, en sus padres?

El nacimiento de un niño, y su posterior desarrollo siempre conlleva una desilusión. Hay un momento constitutivo en el que la madre espera todo de un hijo, es una promesa de completud, que luego debe llevar una desilusión, constante pero gradual y a largo plazo, de las expectativas parentales.

Este lugar que ocupó el niño, como falo imaginario de la madre, es una posición transitoria pero absolutamente necesaria para la constitución del narcisismo del niño. Es de esta forma que su cuerpo será libidinizado en los cuidados maternos.

Ya desde el momento del embarazo en la fantasía de cada futuro padre, se va conformando la representación del hijo ideal que colmaría todas las expectativas parentales, es el hijo que asegura una buena representación en el futuro. Sin embargo, este hijo ideal nunca llega a nacer. El hijo real nunca es el soñado.

Cuando el niño tiene una deficiencia se produce una brecha mayor con el hijo deseado. Y cuanto mayor sea la distancia entre esta representación ideal y la real del hijo, mayor será también el esfuerzo y trabajo psíquico que le demandará la situación a la pareja parental.

El nacimiento de un niño con una patología es un hecho traumático no solamente por la patología en si y las limitaciones que impone sobre el que las sufre, sino fundamentalmente porque esta marca provoca un desencuentro abrupto entre el ideal de los padres y este sujeto, dificultando así el vínculo de filiación.

El niño, en la mayoría de los casos, no logra quedar ubicado simbólicamente en ese lugar de falo imaginario; se dificultará la libidinización de su cuerpo, y corre el riesgo de quedar en una posición de un puro objeto de cuidados familiares, como un ser de necesidades y no de deseos.

Los padres deben realizar un trabajo de elaboración, pues siempre estará en juego el niño ideal que no ha llegado o no llegará. Es el propio espejo, el narcisismo de los padres el que de una u otra forma esta cuestionado, cuestionando la función y el funcionamiento escénico parental.

Estará en juego así la genealogía y el linaje con lo cual será imprescindible a través del trabajo de elaboración que los padres puedan soportar el peso que la patología provoca. El peligro latente que conlleva los efectos imaginarios de la patología enmarcan la posibilidad de que el niño se transforme en un "eterno bebe", que la infancia de transforme en un estadio sin fin, sin limite. Así, dice Marta Schorn (1999):

El encuentro con un niño con malformaciones, con deficiencias sensoriales, motrices o mentales, con daño neurológico no es un encuentro al cual padre o madre se haya preparado.

La madre está convulsionada en sus fueros más íntimos, por sentimientos y fantasías depresivas, terroríficas que la atrapan y ponen a prueba su psiquismo (p.28).



Al nacer un niño-hijo con una patología se produce necesariamente una primera muerte que los padres tendrán que elaborar la de ese otro niño "normal" que no nació pero que si se esperaba y deseaba. Este otro niño, que se idealiza cada vez más frente a la patología del hijo, puede considerarse como un doble "normal", que no nació pero que está presente, presentificado en la ausencia como ideal inalcanzable.

El niño con patología soporta no solo el peso de ésta, sino también la rivalidad imposible con su doble "normal" inexistente. El doble ideal ha muerto, y es fundamental que los padres puedan elaborar y aceptar esta muerte fantasmática.

Si no se realiza esta elaboración en los padres, el "doble ideal" puede llevarse consigo el deseo de tener o criar un hijo. Este doble que no nació, vive en tanto muerto acaparando el deseo de los padres.

Hacer el trabajo elaborativo para los padres implicara aceptar que hay algo de sí (de sus expectativas, de su ideal) que se perdió en esta primer imagen de hijo, que no nació, y que no los representará.

Si los padres no pueden separarse de esa imagen del hijo ideal, este proceso desembocara en la identificación con esa imagen amada, con esa imagen de amor que para sus padres no esta perdida y permanece viva a costa de efractar y expulsar a su hijo.

Cuando el Otro en su función escénica no puede realizar esta laboriosa instancia de aceptación, al relacionarse con su hijo que soporta la patología, el efecto del doble "normal" será convertirlo en un usurpador de su lugar, soportando por lo tanto ese imposible de ser lo que no fue, pero que tuvo que haber sido.

Desde esta posición imposible, el Otro no podrá anticipar un sujeto (pues su doble lo impide), es decir, no podrá configurarle al niño el futuro anterior (que supone saber que en el bebe hay ya un sujeto aunque todavía, en esa anterioridad lógica, no lo haya), y sin darse cuenta lo anterior (el síndrome, el diagnostico, la deficiencia) se transforma en futuro. Así en el Otro el deseo inconciente de muerte tiene toda su traumática fuerza.

Si la elaboración y aceptación del hijo con dificultades no se produce, el niño encarnará lo mortal en el cuerpo, el será su cuerpo que representara lo trágico. Lo trágico no es su enfermedad, o su organicidad, o su fallido

desarrollo, sino la ruptura del encadenamiento filiatorio que eclipsa la genealogía, desheredándolo simbólicamente, ya que el heredero es su doble ideal.

La confirmación del diagnóstico de discapacidad fragmenta las fantasías, ideales, proyectos, deseos, expectativas depositados en ese hijo. Ese hijo no responde al modelo diseñado en la cabeza de los padres, se requerirá que ellos puedan procesar esta diferencia con el ideal a fin de que puedan llegar a vincularse con el hijo real.

En ese camino de búsqueda de comprender que es lo que está pasando y actuar en consecuencia; pueden darse algunas actitudes por parte de los padres que generan dificultades, obstaculizando la adecuada elaboración de la situación: excesivo apego, sobreprotección, trato negligente o de abandono, pobre o nula participación en el proceso de rehabilitación del niño, actitud sacrificada, sobreexigencia al niño, sobreestimulaciones, percepción irreal de pronóstico, actitudes de huida, actitud desafiante, agresiva y de desautorización respecto al profesional o equipo, altos niveles de ansiedad, cuadros de depresión crónica, etc.

Si para todo niño transformarse en un sujeto abierto al deseo, es un trámite difícil y costoso, para estos niños y para estos padres que desde el nacimiento cargan con un trastorno del desarrollo el trámite se dificulta más aún. Este trastorno se constituye en un elemento más resistente a la simbolización (Schorn, 1999, p. 15)

En el caso del enfrentamiento a la discapacidad del hijo hay necesidad de “un trabajo de aceptación” indispensable, hay que atravesar proceso de elaboración por el hijo que no nació para poder dar un lugar al hijo real, con su dificultad.

La espera de un hijo esta llena de fantasías que los progenitores han creado antes del nacimiento. Estas, forman parte del inicio del vínculo que se establecerá con el niño. Ya a partir del nacimiento, mediante el proceso de aceptación las mencionadas fantasías se irán ajustando a las características

del niño real que ha nacido. Esta adecuación constituye un proceso necesario para el advenimiento del recién nacido como sujeto.

Cuando al seno de una familia llega un bebé diferente al que esperaban, entonces estos padres sienten como dice Clemencia Baraldi (1993) que:

El cielo se ha puesto negro, ha muerto el niño esperado; la ilusión está de luto, el palacio derribado, y entre los escombros comienza la vida de este infante que no habita en los sueños ni fantasías de sus progenitores, y que si alguna aparición tuvo fue por el lado de la pesadilla (p. 30).



## CAPITULO 4. ESTRUCTURACIÓN SUBJETIVA

### 4.1 Teoría del narcisismo y estadio del espejo

Dice Freud (1914) en su texto Introducción al narcisismo “Es un supuesto necesario que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo; el yo tiene que ser desarrollado” (p. 74).

Esto permite afirmar que el yo es una instancia psíquica a ser construida y desarrollada. El yo se desarrolla por sobre lo que nace como puro organismo vivo, pero puede no aparecer jamás. Que el yo no parezca no depende de lo orgánico sino de lo simbólico; es decir, del lugar que los padres le asignan al niño. Esto el bebé lo percibe en la forma en que lo alimentan, en como lo sostienen, como lo miran, como le hablan, como juegan con él.

Anzieu (1987) dirá:

El bebe adquiere la percepción de su piel a través de las experiencias de contacto entre su cuerpo y el cuerpo de su madre. Así descubre la noción de un límite entre el exterior y el interior, elementos incipientes de su estructuración. (p. 64).

La madre debe actuar, pues, como objeto soporte con el cual el niño deberá abrazarse, solidificando sus vínculos de apego. Con gestos, con mímicas, con palabras, la madre se acerca a él y va construyendo su imagen corporal. Esta imagen que se va construyendo en la relación con la madre es inconsciente. Nasio (2008) a este respecto define la imagen inconsciente del cuerpo como:

El conjunto de las primeras y numerosas impresiones grabadas en el psiquismo infantil por las sensaciones corporales que un bebe, o incluso un feto experimenta en el contacto con su madre, en el contacto carnal, afectivo, y

simbólico con su madre. Son las sensaciones experimentadas y las imágenes impresas ya desde la gestación y a lo largo de los tres primeros años de vida hasta que el niño descubre su imagen en el espejo (p. 20-21).

En relación a esto, Dolto (1986) manifiesta que “La imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y el deseo valorizantes o desvalorizantes, narcisizantes o desnarcisizantes” (p. 18).

Por otro lado, el esquema corporal surge a partir de la imagen inconsciente del cuerpo, que se constituye en relación con el Otro. Así, la construcción del esquema corporal esta delineada por las vicisitudes de las imágenes que las sustentan. Sin embargo estas construcciones no se realizan sin un aprendizaje que proviene de la posición simbólica que ocupa el Otro para el niño en el comienzo del desarrollo.

Dolto (1986), dice sobre el esquema corporal: “El esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana [...] es el asiento de una imagen inconsciente del cuerpo [...] la encarnación simbólica del sujeto deseante y está ligada al sujeto y a su historia” (p. 22).

Este esquema corporal puede estar dañado o no y la imagen inconsciente del mismo podrá también ser sana o enferma. (Schorn, 1999, p. 69).

El cuerpo se constituye como la representación psíquica del organismo, esta hace que el cuerpo sea cuerpo erótico. Es decir que la representación psíquica del cuerpo varía más allá del peso que el organismo le da. Pero para poder acceder a esta representación de su cuerpo el niño debe obtener una concordancia con el yo ideal.

El yo ideal es un concepto que introduce Freud (1914) para hacer referencia al narcisismo infantil que tiene sus raíces en el narcisismo parental.

Si consideramos la actitud de padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio, ha mucho abandonado. La sobreestimación, marca inequívoca que apreciamos como

estigma narcisista ya en el caso de la elección de objeto, gobierna, como todos saben, este vínculo afectivo. Así prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones [...] y a encubrir y olvidar todos sus defectos (p. 87-88)

El narcisismo es un concepto central en la teoría freudiana y se refiere al amor a la imagen de sí mismo. El niño toma al yo como objeto de amor. El yo ideal se constituye porque el niño es para la familia el centro, y esto implica que se le va a atribuir todas las perfecciones e ideales que los padres sostienen en relación a él.

El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce no han de tener vigencia para el niño, [...] realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación His majesty the baby, como alguna vez nos creímos. Debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres (Freud, 1914, p. 88)

Es así como el yo ideal va a intervenir en la constitución de la imagen corporal del niño.

Entonces, a partir del yo ideal, el sujeto logra una imagen amable y aceptable de sí mismo. Esa imagen yoica implica la ilusión del sentimiento de unidad, de conciencia y dominio de sí.

Lacan (2003) ha dado importancia a esta cuestión ya que la construcción de la imagen especular permite el desarrollo del yo. Es así que conceptualiza el "Estadio del Espejo", como un momento que atraviesa el niño entre los seis y los dieciocho meses, donde su imagen reflejada en el espejo le produce un estado de júbilo, lo que generalmente es festejado por su madre. El niño reconoce su imagen y se interesa en ella.



Pero para esto es necesario que la madre dialogue con esa imagen de cuerpo que ve y sobre la cual deposita su deseo.

El estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación; y que para el sujeto, presa de la ilusión de la identificación espacial, maquina las fantasías que se sucederán desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad, y a la armadura por fin asumida de una identidad enajenante que va marcar con su estructura rígida todo su desarrollo mental. (Lacan, 2003, p. 90).

Lo que Lacan rescata de esta experiencia es la importancia de la mirada materna cuando el niño mira su imagen en el espejo, Entonces, va a decir que quien oficia de espejo para el niño es su propia madre mirándolo, porque si no hay alguien allí que sostenga esa imagen de si mismo que el niño ve, se generan dificultades en el proceso de construcción del cuerpo. Este encuentro con su imagen a través de la del Otro, introduce al sujeto en el conocimiento de sí y del otro. La madre sostiene con su mirada la totalidad de la imagen que el niño ve, unidad ilusoria en tanto su cuerpo aun esta fisiológicamente inacabado. Por ello está en una situación de desamparo; experimenta una discordancia intraorgánica.

Es desde la imagen del espejo que el niño adquiere esa unidad imaginaria que es el yo, en la cual se reconoce. Así, el niño va adquiriendo la noción de su yo desde la madre. Será entonces el estadio del espejo, la matriz de la constitución del yo.

Para un recién nacido el primer espejo será la mirada de su madre, el niño está dentro de ella en ese espejo materno; luego podrá imitarla, como si él y ella fueran uno, para finalmente apropiarse de su propia imagen, diferenciándose de ella, pero por siempre asociado al espejo. Es así que el niño se constituye primero en tercera persona para luego afirmarse en la primera persona del singular.

La operación central o el resultado final del estadio del espejo consiste en la identificación del sujeto con su propia imagen. El niño, identificando su propia imagen en el espejo construye los cimientos de su yo. Se formaliza aquí el primer anudamiento subjetivo donde la imagen del cuerpo se articula a la palabra yo y a la realidad del organismo.

En síntesis, el yo como instancia psíquica debe ser construido y desarrollado, así como lo teorizan Freud (1914) por medio del narcisismo y Lacan (2003) con el estadio del espejo. Así mismo cumple un papel estructurante en la subjetividad del niño, su paso por la conflictiva edípica.

#### **4.2 Narcisismo y estadio del espejo en el niño con discapacidad mental**

El desborde parental frente a la problemática orgánica y patológica de su hijo, unido al gran desarrollo científico de la modernidad tendiente a saber y a curar cualquier enfermedad, se conjugan muchas veces para saber, ver, investigar y “arreglar” la patología, en detrimento de la estructuración subjetiva del niño. La observación fragmentada de la problemática a veces satura y bloquea la mirada acerca de lo que el niño pone en escena más allá de su padecimiento neurológico. Las técnicas modernas, si bien abrieron la posibilidad de observar el interior biológico y fisiológico del cuerpo-órgano, que hasta ese momento permanecía inaccesible, al mismo tiempo situaron cada vez más el cuerpo en su funcionamiento de órgano para la investigación, o sea, como puro objeto de estudios científicos. Esto se puede ver ejemplificado en la siguiente cita extraída de libro de Schorn (1999),

En el caso Liro, Winnicott nos enseña como un niño nacido con sindáctila (dedos pegados) manifestó el deseo de ser amado tal cual era, para recién luego dejarse operar y poder trabajar mejor con sus manos, dejando ver claramente que lo traumático no sería lo quirúrgico, sino el no ser deseado como se es (p. 22).

Si se habla de deficiencia o de discapacidad mental ¿De qué discapacidad se trata? Si lo que está en juego es una alteración patológica ¿Los rasgos, conductas y características de estos sujetos son intrínsecas a la patología o tienen que ver con los avatares de la constitución del sujeto que la porta? Niño cuya discapacidad hizo marca en él desde el inicio. Sujetos marcados por la decepción. Narcisismo fracturado, espejo fragmentado, proyectos derrumbados.

En el enfoque del problema del atraso mental, el psicoanálisis, sin negar el papel del factor orgánico en muchos casos, no lo selecciona como una explicación radical. Todo ser disminuido es considerado en principio como un sujeto hablante. Este sujeto no es el de la necesidad, ni tampoco el del comportamiento, ni siquiera es el del conocimiento. Es un sujeto que por su palabra dirige un llamado, trata de hacerse oír, aunque sea a través del rechazo, y se constituye en su relación al Otro [...] incluso en los casos en que está en juego un factor orgánico, el niño no solo se enfrenta con una dificultad constitucional, sino también con la manera en que sus padres se representan tal deficiencia. (Mannoni, 1987, p. 138).

Estos niños cortan la cadena genealógica y cuestionan la filiación. Si la imagen narcisista de los padres se ve cuestionada es porque ese cuerpo deficitario no representa sino la imposibilidad de la prolongación imaginaria del padre en el hijo. Así, se ve que en muchos casos estos padres sufren una profunda herida narcisista al momento del nacimiento de este hijo no esperado.

Si la madre puede sobreponerse a la profunda herida narcisista que supone ese hijo, seguramente que cuando el bebe la mira encontrará alguien que le devolverá la sensación de que todo está bien. Si en cambio, al descubrir el rostro de la madre, encuentra la rigidez, o un estado de ánimo depresivo, se le

devolverá una imagen incierta de sí o perturbada y esto le producirá una angustia inconcebible. (Schorn, 1999, p. 29)

Múltiples pueden ser las posiciones que los padres adoptan frente a la patología, en función también de su estructura psíquica y de sus posibilidades de simbolización o significación de la misma. A veces, la negación determina una posición sobre exigente: se abrumba al niño con expectativas desmedidas, Otras, centrados en la falta, se le niegan sus posibilidades de desarrollo y crecimiento. Sea como fuere, esto hará marcas en el proceso de constitución subjetiva del niño. Las letras que marcarán el destino del niño, son escritas por el Otro en su cuerpo.

El lactante es un cuerpo "a" librado a la buena voluntad y al goce del Otro; a partir de esta situación pasiva debe construir su ser, para poder asumirse como forma e imagen frente al espejo... Tener un cuerpo es tener de él una representación imaginaria y simbólica, pero es también poder gozarlo, es haber construido para sí un cuerpo libidinal... Para que su propio cuerpo pueda convertirse en cuerpo de goce, debe salir de la crisálida, romper el lazo de la pasividad que lo liga al Otro, conservando al mismo tiempo a su servicio, los elementos almacenados en su relación en él. (Cordié, 1994, p. 199)

Es válido analizar la diferencia que Françoise Dolto (1986) hace entre imagen corporal y esquema corporal. Este último es un dato anatómico en el que el cuerpo puede estar sano o lesionado, mientras que la imagen corporal es un dato histórico que se va construyendo con la ayuda del medio y de esta forma "un esquema corporal muy lesionado puede estar habitado por una imagen del cuerpo integrada" (Dolto, 1986, p. 20).

Pero para que esto ocurra, será necesario que la madre nomine esta falta, a la vez que le signifique otras partes del cuerpo no lesionadas. Cuando el niño ha podido elaborar en una relación de lenguaje con la madre la imagen

de su cuerpo, aunque una de las partes del mismo esté dañada, puede ser portador de una imagen inconsciente del cuerpo sana, cohesiva y dinámica.

Ante todo esto, es importante el papel que juega la mirada de la madre. A este respecto Winnicott (1992) expresa:

En el desarrollo emocional individual el precursor del espejo es el rostro de la madre [...] ¿Qué ve el bebe cuando mira el rostro de la madre? Yo sugiero que por lo general se ve a si mismo. En otras palabras, la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él [...] Muchos bebes tienen una larga experiencia de no recibir de vuelta lo que dan. Miran y no se ven a sí mismos. Surgen consecuencias. Primero empieza a atrofiarse su capacidad creadora, y de una u otra manera buscan en derredor otras formas de conseguir que el ambiente les devuelva algo de sí. (p. 147-149)

Se puede observar las similitudes existentes entre estas conceptualizaciones de Winnicott y las desarrolladas por Lacan (2003) en el Estadio del Espejo. El primero lo enuncia textualmente al reconocer: "no cabe duda de que el trabajo de Jacques Lacan 'Le Stade du Miroir' (1949) influyó sobre mi. Lacan se refiere al uso del espejo en el desarrollo del yo de cada individuo" (Winnicott, 1992, p. 147). Sin embargo, Lacan no teoriza el espejo como rostro de la madre, sino como la experiencia misma del encuentro del infans con el espejo mediada por el sostenimiento simbólico del Otro.

Winnicott (1992) añade que en estos primeros momentos el niño no puede aun distinguir a su madre como otro, separado de él. El rostro materno entonces impondrá de forma contundente su marca en la existencia del ser humano. Reflejar al niño con su rostro, en estos momentos de dependencia absoluta, será una de las funciones capitales de la madre.

La madre necesita mirar y ver a su hijo con todas sus dificultades lo mas tempranamente posible, así como el bebé debe conectarse con la mirada de su madre para poder sobreponerse a la violencia que muchas veces su pequeño

cuerpo sufre tempranamente a raíz de procedimientos quirúrgicos, y reiteradas consultas y tratamientos con diversos profesionales.

Muchos de estos niños han tenido que luchar por su vida, debiendo resignar en esta lucha pulsiones libidinales que al no haber sido satisfechas incrementan tensión y por consiguiente angustia.

Poner palabras a esa angustia y a sus fantasmas, permitió que ese cuerpo biológico no sea la encarnación de una imagen de cuerpo invalidada sino mas bien de un sujeto deseante que puede integrar la invalidez de cuerpo al funcionamiento relacional con los otros. (Schorn, 1999, p. 72).

De esta forma, se puede ver la importancia del interjuego entre el rostro, la mirada, el espejo y la palabra en el advenimiento y formación del yo del bebé. Así como el papel primordial y necesario de los padres, especialmente de la madre, en este proceso. Al igual que los conflictos que acarrearán las fallas en el mismo.

#### **4.3 El papel del juego en la estructuración subjetiva del niño**

Winnicott (1992) decía

Lo universal en el niño es el juego y corresponde a la salud, facilita el crecimiento y conduce a relaciones de grupo. No solo hay que pensar y desear hacer cosas, en realidad hay que hacer cosas y el jugar es hacer (p. 65).

Más aún enfatizaba que “el juego es una experiencia siempre creadora [...] una forma básica de la vida” (p. 75).

El juego es la creación de formas de interacción, de sentir, de ser, de hacer, cuya centralidad es la participación en la experiencia dramática que el



juego entraña. Según el psicoanalista José Valero (1997) “el juego es simbólico, pero no un símbolo convencional. No alude a otra realidad, como los símbolos lingüísticos, sino que es una realización virtual que está contenida en si misma” (p. 118).

Para que un niño llegue a constituirse como sujeto es preciso que haya Otro que otorgue un lugar en su deseo y en su discurso. Otro que lo sostenga, le muestre el mundo, juegue con él. Poco a poco, el niño irá construyendo su cuerpo, su conocimiento, en tanto comienza a percibirse distinto con respecto a su madre, recortando progresivamente su yo, discriminándose de aquello que es no-yo. “En el desarrollo de un niño pequeño aparece, tarde o temprano, una tendencia a entretener en la trama personal objetos-distintos-que-yo” (Winnicott, 1992, p. 20).

Denomina a estos objetos, “objetos transicionales” como aquellos objetos privilegiados por el niño, que representan al pecho materno, o al objeto de la primera relación. “Cuando presenciamos el empleo por un niño de un objeto transicional, la primera posesión no-yo, vemos al mismo tiempo la primera utilización de un símbolo por aquel y su primera experiencia de juego” (Winnicott, 1992, p. 130).

De este modo, el niño se lanza a la apropiación activa de los significantes que hasta entonces le han sido dados por otros (sus padres o quienes ejerzan su función) adueñándose del juego, de la palabra, de sus aprendizajes, de su espacio, comienza a demandar y a hacer jugar su deseo en primera persona. Comenzará a reconocerse como miembro de una estructura familiar, e irá al encuentro con el otro-par esperándose en él y recortándose como diferente. “Lo transicional no es el objeto. Este representa la transición del bebe, de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado” (Winnicott, 1992, p. 32).

Que un niño sea artífice de su propio juego, que haga discurrir su propia escena, es en si mismo indicador del armado de la simbolización y de sus vicisitudes. Es un índice privilegiado que muestra dinámicamente una determinada posición subjetiva y ciertas posibilidades cognitivas.

El chico se hace bricoleur porque su jugar pone en acción un largo trabajo de escritura inconciente, fundamentalmente gobernado por las leyes de los procesos primario y originario. Para llevarla a buen puerto se toman los materiales que sean y de donde se pueda (...) Este "todo puede servir" (...) constituye una formulación teórica de la transformación de lo accidental, de lo contingente en necesario y estructural (Rodulfo R., 1993, p. 126)

A través del juego el niño: aprehende el mundo que lo rodea, interactúa con los objetos, resuelve problemas y hace circular sus propios significantes. También utiliza distintas modalidades de comunicación, involucra su cuerpo, convoca al otro.

Es en la escena del juego que podremos observar las respuestas del niño, evaluar sus procedimientos para inventar y descubrir, analizar sus posibilidades de reequilibración. La plasticidad de sus estrategias o las modalidades de regulación y compensación de los conflictos cognitivos a los que se deba enfrentar. El niño es entonces quien nos ofrece en su propia producción significativa (ósea en su jugar), el sentido que subyace tras su problemática; producción no sujetable a cronogramas ni a secuencias de acción que puedan ser determinadas a priori. (Rodulfo R., 1989, p. 148)

A partir del juego se opera un corte que da lugar a un progresivo desplazamiento simbólico sobre objetos sustitutos que aluden a un objeto ausente. Los niños a través del juego comienzan a poner en escena los

significantes que ellos mismos crean, pues ya no se trata de ser objeto del deseo del Otro, sino de comenzar también a apropiarse de sus deseos, despegándose del juego de imitación. El juego le permite asimilar el mundo como manera de dominarlo y recrearlo. Según Schorn (1999): "El verdadero juego es, pues, el que posibilita un juego simbólico y acepta la comunicación con el otro" (p. 96).

El juego como constituyente del sujeto permite el acceso a lo simbólico, presencia-ausencia para interactuar con los objetos. A través del juego el niño podrá apropiarse de sus marcas y subjetivarlas.

Rodulfo (1999) dice

La manera que un niño tiene de aposentarse en un lugar es a través de las marcas que hace y deja en él. El niño es un ser marcante, ser de marca, demarcado por las marcas que es capaz de escribir (p. 33).

Así, entonces, siguiendo con lo expuesto se considera que " Lo fundamental es remarcar que la principal función del juego es la colaboración en la estructuración del psiquismo del niño " (Schorn, 1999, p. 96).

Referirse al juego remite a su significación en la vida del niño, lo que genera un interrogante acerca de la función y el destino del jugar. Alfredo Jerusalinsky (1988) sostiene que el juego tiene la capacidad de promover las articulaciones necesarias para la constitución del sujeto. Toma para el análisis del juego tres series de juegos a las que denomina "jugar de esta-no está" (fort da), "jugar de éste es el otro" (de objetos transicionales) y "jugar de cae-no cae" (de borde o de caída). Expresiones universales que señalan y estructuran el momento constituyente de la separación, de la instalación de un yo diferenciado, en el que el objeto que representa la ausencia es precisamente tomado para sustituir algo que no está.

Describe las características del juego de la siguiente manera:

- Jugar de está-no está. El juego del fort da:

Freud conceptualiza esta noción en su texto de 1920, "Más allá del principio de placer", en el que da un vuelco de los conceptos teóricos elaborados hasta ese momento. Freud observa en su nieto, de un año y medio que repite enigmáticamente una acción sin cesar. Este niño que no lloraba cuando su madre lo abandonaba durante horas tenía un hábito que al parecer se había tornado bastante molesto, arrojar fuera de sí todos los pequeños objetos que encontraba a su alcance, y al hacerlo, profería con expresión de interés y satisfacción y fuerte y prolongado "o, o, o, o", que según el juicio de la madre significaba "fort" que del alemán se traduce como "fuera o se fue".

Particularmente el juego se realizaba con un carretel atado con un soga que era arrojado con la pronunciación "o, o, o" y completando el circuito, tiraba de la soga y ante la aparición del mencionado objeto lo saludaba con un "da" que significaba "acá está". Es decir que en el juego del fort-da el niño practica y repite la desaparición de un objeto y su reaparición. El niño se hace dueño de la situación y aprende a obtener placer de la misma por vía del juego. Este juego representa a la madre que está y no está y el objeto puede ser cualquiera. Según Freud se trata de un suceso penoso para él vivido por el niño pasivamente, aquí él mismo es el objeto de esa situación. En el juego el niño permuta su rol, de la pasividad a la actividad y domina la situación. El niño a través del juego escenificaba, simbolizaba, las ausencias maternas.

Pero se ve que el niño repetía esto, Freud (1920) dice "Ello se debió únicamente a que la repetición iba conectada a la ganancia de placer, de otra índole, pero directa" (p. 16).

En síntesis, el valor de este juego primordial en tanto momento constituyente del sujeto, es que el pequeño niño comienza a capturar la imagen de sí mismo vista o no vista por el Otro, lo que implica colocar en serie la presencia-ausencia.

Lo enfatizado por Freud es el estatuto de lenguaje que le da a lo lúdico. Su exhaustivo análisis del fort-da introduce un nuevo elemento. Hay un deseo insatisfecho, algo falta. La madre se ausenta, pero no se trata solo de eso. Ella al irse lanza al niño a una pregunta central ¿Qué le falta a ella, qué desea más allá de mí? Sacudida su posición fálica, el juego (que no admite

la insatisfacción pulsional) se instala, se repite, con esa insistencia típica de lo reprimido.

- Jugar de cae/ no cae

Estos juegos también se denominan “juego de borde”. Estos juegos se observan en el lanzar juguetes fuera de la cuna, empujar objetos lentamente hacia el borde de la mesa hasta su precipitación, hurgar en los agujeros, andar por todo lugar donde exista el riesgo de una caída, etc. Estos juegos estructurantes abren al mismo tiempo la posibilidad de estructuración del espacio y las condiciones de separación.

- Jugar de éste es el otro.

El objeto transicional descubierto por Winnicott (1992) puntualiza el conjunto de fenómenos que, con el mismo nombre de “transicionales” aluden a la sustitución del objeto de deseo. En este sentido, cada juguete es tomado como sustituto del objeto que causa el deseo (alusión de la ausencia, insistencia de la presencia a través de la repetición). Es aquí donde se encuentran las razones de esta configuración que presenta el jugar en su aspecto de insistencia, de repetición; esa capacidad representacional del futuro del niño que la escena del juego muestra.

A partir de estos tres juegos como el niño, en el camino del armado y complejización de la simbolización, comienza a despegarse de la acción centrada exclusivamente en los objetos presentes para interactuar con los objetos ausentes a los que representa mediante una alusión simbólica. Este armado se sustenta en que, en la estructura, se ha operado un corte en la relación dual con la madre, que desde un yo diferenciado, le permite ausentarla-presentarla.

Jugar implica el armado de una escena en la que el niño expresa su subjetividad y sus procesos cognitivos, jugar que en su mismo devenir se constituye como estructurante.



Todos nacemos, pero no todos llegamos a ser un sujeto pensante, hablante y atravesado por la lengua y la cultura. Se necesitan una serie de requerimientos para que esto se logre. La actividad lúdica es el que irá posibilitando entrar en ese mundo simbólico, en ese entrecruzamiento de pulsiones, de deseos maternos, fantasías familiares, el que le ayudará al niño a esa estructuración psíquica, a la estructuración del yo (Schorn, 1999, p. 97).

Presencia-ausencia... aparición-desaparición... jugar a las escondidas, al teléfono, a dejar caer las cosas... todo da cuenta de la necesidad de inscribir un nuevo acto psíquico para la constitución subjetiva: es posible existir fuera de la mirada del otro.

En todos los juegos hay sujeto, o alguien en vías de serlo, es decir, que hay un inconsciente en acción inscribiendo y escribiendo. No se trata entonces de una simple relación niño-juguete, sujeto-objeto. Si se observa a un niño jugar con arena, moldeando varias formas, hay más que manos y arena allí. Hay un sujeto que despliega sus sentidos, su imaginación, su motricidad, hay alguien armando su cuerpo, construyendo su relación con él.

#### **4.4 El juego en los niños con discapacidad mental**

La niñez no es concebible sin la dimensión lúdica que hilvana y entrelaza las representaciones a las cosas. No hay aprendizaje ni desarrollo sin esta producción lúdica.

El juego permite observar la realidad psíquica del niño, en tanto posibilita la representación y puesta en escena de su cotidianeidad. Cuando se trata de niños con retraso mental, estos muestran también a través de sus juegos la particular problemática que los aqueja.

Un niño que juega, que disfruta con su accionar es un niño sano psíquicamente. Aquel otro que se caracteriza por su pasividad desde muy

bebé, donde los objetos que están a su alcance no son utilizados como mediadores simbolizantes, sino solo fuentes de estimulación sensoperceptiva, podemos diagnosticarlos ya, como niños con alto grado de perturbación psíquica. (Schorn, 1999, p. 97)

En algunos casos de niños con patologías en el desarrollo se ve que no juegan, son pseudo juegos. Repetitivamente, sacan y desplazan objetos en el lugar, sin poder armar una escena, hay un juego estereotipado, sin ninguna variación.

Todas estas actividades son engañosas desde el punto de vista lúdico, sin embargo brindan información sobre el grado de estructuración del self, las defensas psicopatológicas, la finalidad de la acción, el modo de inclusión del otro y la estructura familiar donde está ubicado el niño. (Schorn, 1999, p. 96)

En relación a esto, se puede situar la diferencia entre la repetición necesaria (como la que ocurre en el juego de fort-da) y el automatismo de repetición. En ambos casos hay insistencia, pero los efectos producidos son opuestos. "La repetición es lo que hace que un niño vuelva siempre al mismo lugar, en tanto que el automatismo no ofrece salida" (Baraldi, 1995, p. 23). En estas actividades automáticas no se observa una separación entre el sujeto y el objeto. "Tropezamos con la imagen de niños que [...] cierran y abren puertas durante largas horas. Abrir y cerrar que no fundan un adentro y un afuera: trabajo fallido que denuncia el encallamiento del sujeto en el objeto" (Baraldi, 1995, p. 23).

Lo que se puede observar es que en el caso de estos niños no hay representación de uno separado del otro (yo-no yo); por consiguiente su juego no tiene representación, ni inscripción psíquica. En niños deficientes intelectuales, sus posibilidades en el jugar están relacionadas con las posibilidades de que emerja o no un niño.

Los padres a menudo no toleran la debilidad de este, de ahí que les resulte difícil jugar tempranamente con ellos.

Lo que la madre no ha podido resolver respecto de su propia castración, el niño se lo apropia en forma de eco [...] Las severas dificultades para el jugar o la necesidad de reiterar juegos estereotipados, repetitivos, responden más al deseo del otro, que a sus reales posibilidades. (Schorn, 1999, p. 106)

En relación a esto, Maud Mannoni (1964) manifiesta:

Hemos visto hasta que punto el niño retardado y su madre forman, en ciertos momentos, un solo cuerpo, confundiendo el deseo de uno con el del otro, al punto que ambos parecen vivir una sola y misma historia. Esta historia tiene por soporte, en el plano fantasmático, un cuerpo que se diría afectado por idénticas heridas, que han revestido una señal significativa. Lo que en la madre no ha podido ser resuelto en el nivel de la prueba de castración, será vivido en forma de eco por el niño, que en sus síntomas no hará más que "hablar" a la angustia materna. (p. 53)

Winnicott (1992) hace hincapié en el papel de la madre en la posibilidad de que emerja en el niño el juego. Con relación a ello, este autor considera que si se ha logrado establecer, a partir de la labor de la madre suficientemente buena, una confianza en el niño, esta le permitirá explorar el medio que lo rodea e iniciar actividades lúdicas.

El juego implica confianza, y pertenece al espacio potencial existente entre (lo que era al principio) el bebe y la figura materna, con el primero en un estado de dependencia casi absoluta y dando por sentada la función de adaptación de la figura materna (p. 76-77).

En un principio, el niño jugará solo en presencia de la madre y paulatinamente podrá aceptar su ausencia y desarrollara la capacidad de juego sin necesidad de la presencia constante de la misma.

Winnicott (1992) considera sagrado este espacio ya que allí las personas experimentan el vivir creador.

He intentado llamar la atención hacia la importancia teórica y practica de la tercera zona, la del juego, que se ensancha en el vivir creador y en toda la vida cultural del hombre [...] Ubique esta importante zona de experiencia en el espacio potencial que existe entre el individuo y el ambiente, que al principio une y al mismo tiempo separa al bebe y la madre cuando el amor materno, exhibido o manifestado como confiabilidad humana, otorga en efecto al bebe un sentimiento de confianza en el factor ambiental (p. 138).

Por ultimo, cabria mencionar la distinción que realiza Marta Schorn (1999) entre aquellos niños que no pueden jugar y los que no juegan. En el caso de aquellos que no pueden jugar, esta imposibilidad se relacionará con inhibiciones yoicas en el desarrollo de la fantasía, con fobias, perturbaciones emocionales, trastornos de la conducta (como por ejemplo conductas obsesivas). Pero aquí su mirada, sus intereses muestran a un niño en el que el deseo existe. A diferencia del anterior, los niños que no juegan “se caracterizan por el no deseo o por el deseo del no deseo” (Schorn, 1999, p. 97).

Para poder jugar es preciso que haya un deseo respecto del niño. En un niño pueden estar contempladas sus necesidades pero esto no basta para que se subjetive, su mayor necesidad es la de encontrar un deseo que lo aloje. Solo así, el juego tendrá inscripción y representación psíquica y se encontrará a un niño hecho sujeto.

Hay un aspecto que es imprescindible no dejar de lado: mientras que la deficiencia mental es una variable pasible de ser determinada desde la dotación orgánico-biológica con que se nace, la estructuración del aparato

psíquico, en cambio, es contingente, acontece luego, no depende de la biología sino del lugar que el Otro le ofrece al recién nacido, especialmente en los primeros años de vida.

Como ya se ha expuesto, el yo es una instancia psíquica a ser construida que no depende de lo orgánico sino de lo simbólico. Así el niño que ha nacido deberá atravesar una serie de procesos para consolidarse definitivamente como sujeto. En este proceso, el niño se vera según como fue mirado y se identificara a la imagen que el Otro tiene de él, es esta primera identificación la que genera el advenimiento del yo "no es el niño el que se percibe como defectuoso, sino que es su madre la que lo mira como defectuoso o no" (Winnicott, 1992, p. 139).



## CAPITULO 5: LA IMPORTANCIA DE LOS VINCULOS TEMPRANOS EN EL DESARROLLO DE LA SUBJETIVIDAD.

### 5.1 Aportes de la teoría del apego

En 1960 tomando en cuenta los trabajos de los etólogos y el comportamiento animal sobre la impronta, el psiquiatra y psicoterapeuta infantil John Bowlby propuso la llamada teoría del apego.

Serán considerados los aportes de este autor ya que, a pesar de no haber teorizado particularmente sobre la discapacidad, destaca la relevancia de los vínculos primarios en el desarrollo del niño. Esta capacidad de establecer lazos emocionales íntimos es un elemento indispensable para la salud mental. El autor comparte con la teoría psicoanalítica ciertas similitudes en la consideración de la afectividad; la primacía otorgada a los vínculos primarios, en particular con la madre y el estrés del bebé ante el abandono. Sin embargo, hay diferencias irreconciliables entre ambos. Ya que la teoría del apego se desarrolla desde un marco biológico incompatible con el enfoque estructural del psicoanálisis.

Para el modelo psicoanalítico, el apego es considerado secundario con respecto a las gratificaciones oral y libidinal. Esta teoría otorga una primacía a la sexualidad en la explicación del desarrollo de los sujetos, señalando que el apego temprano es parte del desarrollo psicosexual de la fase oral. A diferencia de esto, Bowlby (2009) define al apego como un sistema conductual que implica una motivación interna, primaria, no derivada de otras. Manifiesta:

Una vez descartada la vía secundaria –la teoría de la dependencia-, la tarea primordial era formular una que la reemplazara. Esto condujo al concepto de la conducta de apego con su propia dinámica distinta de la conducta y la dinámica de la alimentación o el sexo, las dos fuentes de la motivación humana durante mucho tiempo consideradas fundamentales (p. 40).

El autor define la conducta de apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 2009, p.40). En esta teoría del apego destaca:

- a. El estatuto primario y la función biológica de los lazos emocionales íntimos entre los individuos [...]
- b. La poderosa influencia en el desarrollo de un niño de la manera en la que sea tratado por los padres y especialmente por la figura materna.
- c. Que los actuales conocimientos sobre el desarrollo del bebé y el niño exige que una teoría de los caminos del desarrollo reemplace a las teorías que recurren a las bases específicas del desarrollo, en las que se afirma que una persona puede quedar fijada y/o a las que puede regresar (Bowlby, 2009, p. 141-142).

El bebé es el ser más desvalido de las especies, al nacer no puede seguir a la madre ni agarrarse a ella. Por tanto, ésta debe interpretar las señales que le da el pequeño. El intercambio es bilateral y proviene de uno u otro de ellos. No se trata de los cuidados que da la madre, sino que es una relación de intercambios. Ella propicia afectos armonizados y sincronizados que se expresan a través de la mímica, del diálogo tónico y de las vocalizaciones.

“La pauta de apego que un individuo desarrolla durante los años de inmadurez está profundamente influida por el modo en que sus padres (u otras figuras de paternidad) lo tratan” (Bowlby, 2009, p. 145).

La teoría del apego considera la propensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares como un primer componente fundamental de la naturaleza humana, existente en forma embrionaria en el recién nacido, manteniéndose en la edad adulta hasta la vejez.

El hecho de dar cuidados, función primordial de los padres, es complementario del comportamiento de apego y es considerado como un segundo componente fundamental de la naturaleza humana.

La exploración del ambiente se considera un tercer componente importante. Cuando un individuo se siente seguro tiende a alejarse de su figura de apego para explorar. Cuando se siente alarmado y angustiado tiene necesidad de acercarse. Es la exploración a partir de una base segura. Sólo cuando sabe que sus padres van a permanecer accesibles y van a responder a su llamada, un niño se siente bastante seguro para la exploración.

Durante el primer año de vida, el niño manifiesta una serie de reacciones constitutivas de eso que más tarde será un comportamiento de apego, pero el esquema organizado de este comportamiento no se desarrolla antes de la segunda mitad del primer año.

Desde su nacimiento da prueba de una capacidad inicial para entrar en una interacción social y muestra placer en hacerlo. Al principio, el llanto constituye el único medio para señalar su necesidad de cuidado y el contento el único medio de indicar que está satisfecho.

El desarrollo del comportamiento del apego, como sistema organizado cuyo objetivo es el mantenimiento de la proximidad o de la accesibilidad a una figura materna discriminada, exige que el niño haya desarrollado la capacidad cognoscitiva de conservar a su madre en la mente, cuando ella no está presente: esta capacidad se desarrolla en el segundo semestre de la vida. Así, a partir de los nueve meses aparecen quejas, llantos y protestas ante el extraño.

En 1978 Ainsworth y colaboradores examinaron el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. Para tal fin diseñaron la Situación Extraña. Desde ese momento este dispositivo se convirtió en el paradigma experimental por excelencia de la Teoría del Apego.

La Situación Extraña es una situación de laboratorio de unos veinte minutos de duración con ocho episodios. La madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejándolo con la persona extraña. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la

desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la extraña.

Tal y como esperaba, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir, de estos datos, quedaba claro que el niño utilizaba a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias (Oliva, 1995). Como resultado de este experimento Ainsworth desarrolló lo que se conoce como los diferentes tipos de apego.

Bowlby, en su libro “Una base segura” (2009) describe estas tres pautas de apego, postuladas por Ainsworth, de la siguiente manera:

- Seguro

En la que el individuo confía en que sus padres serán accesibles, sensibles y colaboradores [...] Con esta seguridad, se atreve a hacer sus exploraciones del mundo. Esta pauta es favorecida por el progenitor cuando se muestra fácilmente accesible a las señales de su hijo, y amorosamente sensible cuando busca protección y/o consuelo (p. 145-146).

- Ansioso

En el cual el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible [...] Tiene tendencia a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo. Esta pauta, en la que el conflicto es evidente, se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible en algunas ocasiones pero no en otras, y por las separaciones y por las amenazas de abandono utilizadas como medio de control (p. 146).

- Ansioso-elusivo.

En el que el individuo no confía que recibirá una respuesta servicial sino que, por el contrario espera ser desairado [...] Esta pauta, en la que el conflicto está más oculto, es el resultado del constante rechazo de la madre cuando el individuo se acerca a ella en busca de consuelo y protección. Los casos más extremos son consecuencia de los rechazos repetidos (p. 146).

Este autor señala en el caso de esta tercera pauta, se ha observado que debido al intento del sujeto de volverse emocionalmente autosuficiente, puede adquirir un falso sí mismo. Asimismo describe que “estudios eventuales muestran que cada pauta de apego, una vez desarrollada, tiende a persistir” (Bowlby, 2009, p. 148). Una de las causas de esto último es que el modo en que es tratado un niño por sus padres tiende a permanecer sin variación; Además cada pauta tenderá a perpetuarse a sí misma.

A medida que le niño crece, la pauta se convierte cada vez más en una característica del niño mismo, lo que significa que tiende a imponerla (o a imponer alguna pauta derivada de ella) en las nuevas relaciones: con el maestro, una madre adoptiva o un terapeuta (Bowlby, 2009, p. 148-149).

Por su parte, la psicóloga argentina Marta Schorn (2003) toma las conceptualizaciones de la Teoría del Apego para realizar su recorrido teórico, destacando la incidencia de las vinculaciones primarias en el proceso que atraviesa el niño para devenir persona. Toma para esto las teorizaciones de Ainsworth sobre los diferentes estilos de apego aplicándolos al campo de la discapacidad. De esta manera manifiesta que las modalidades de vinculación de los padres generan distintos estilos de apego en estos niños. Estas serían:

- Modalidades narcisistas de vinculación, dan lugar a apegos ansiosos o evitativos:

Corresponden a las relaciones establecidas por los padres que están más centrados en sus dolores personales que en la atención de los requerimientos de su bebé o niño. Como no encuentran en sus hijos todo lo que tanto han querido, no se sienten orgullosos de ellos y no son capaces de mostrarlos con placer [...] al no estar disponibles para captar las señales emitidas por el bebé, no pueden entender ni decodificar las necesidades de ellos (Schorn, 2003, p.18).

Esto es lo que generaría, según la autora, apegos ansiosos de parte de los niños hacia sus padres.

Todo apego regido por la ansiedad se desarrolla no solo porque el niño ha sido excesivamente gratificado, como suele a veces sostenerse, sino porque sus experiencias lo han llevado a elaborar un modelo de figura afectiva que suele mostrarse inaccesible o que no responde cuando aquel lo necesita (Bowlby, 1985, p. 249)

Esta modalidad de comportamientos cíclicos y contradictorios en los padres que fluctúan entre vinculaciones satisfactorias o de rechazo; generan que el niño con un déficit intelectual comprenda confusamente esta situación y despliegue conductas de apartamiento. "Muchos de ellos parecen ser aún más retrasados de lo que ellos mismos son. Sus respuestas inseguras son el producto de apegos ansiosos que no les han permitido constituirse firmemente como sujetos." (Schorn, 2003, p. 18).

- Modelos de comunicación obsesivos-compulsivos, dan lugar a apegos desorganizados o ansiosos:

Se genera a partir de las respuestas de excesiva preocupación de parte de los padres en la relación con sus hijos. Ellos temen siempre que algo malo le puede suceder al niño [...] desarrollando en el hijo un apego desorganizado. Son niños que no pueden tolerar ni la más mínima separación (Schorn, 2003, p. 19).

El excesivo cuidado no le permite al niño el pleno desarrollo de su autonomía obstaculizando así el proceso de separación.

Lo que no pueden estos padres es tolerar que sus hijos practiquen a su manera sus desprendimientos a pesar de todas sus limitaciones. Este apego compulsivo por parte de los padres causa en el hijo inseguridad siendo luego descritos estos niños como pequeños inactivos (Schorn, 2003, p. 19).

- Modalidad de vinculación sana en los padres, da lugar a apego seguro en sus hijos:

En este caso, los padres a pesar de las dificultades, disfrutan del placer del encuentro, de las sonrisas, miradas, balbuceos, no se desalientan por lo difícil que esto puede llegar a ser y sobrellevan con entereza la apatía de sus niños producto de los severos cuadros de organicidad [...] A partir de esta modalidad los niños sienten a su madre en disponibilidad logrando instalarse apegos seguros y confiados (Schorn, 2003, p. 20).

En conclusión se puede ver que tanto Bowlby como Schorn otorgan una importancia fundamental a los primeros y más tempranos vínculos entre el niño y las figuras parentales. Sin embargo, Bowlby no se refiere en sus teorizaciones a un sujeto deseante, sino que remarca la primacía de estos

lazos emocionales íntimos en la conformación y desarrollo de la personalidad del niño. Particularmente en los aspectos emotivos y relacionales.

Por su parte Schorn, integrando la teoría psicoanalítica y la teoría del apego al campo de la discapacidad, señala que estos primeros vínculos serán de una importancia primordial para la estructuración psíquica del niño. Remarcando que lo relevante para que este pueda emerger como un sujeto deseante no será tanto la perturbación patológica, sino las dificultades relacionales y el lugar en el que sea depositado en la estructura simbólica familiar.



## 5.2 Self verdadero y self falso

A lo largo de su obra, el pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés, Donald Winnicott hizo hincapié en la influencia del ambiente sobre el desarrollo psíquico del ser humano, es por esto que serán tomadas en cuenta sus teorizaciones. El entorno, representado al principio por la madre o un sustituto, es el que permitirá o entorpecerá el libre despliegue de los procesos madurativos.

Divide los dos primeros periodos de vida del infante de la siguiente manera (1994):

- Periodo inicial (desde el nacimiento a los seis meses). En este tiempo el niño se encuentra en un estado de dependencia absoluta respecto al entorno, es decir, de la madre.
- El segundo periodo (de los seis meses a los dos años) es un estado de dependencia relativa.

En el primer periodo hay unas necesidades de orden corporal ligadas al desarrollo psíquico del yo. La adaptación de la madre a estas necesidades del bebé se concreta en tres funciones maternas. De estas nacen las complejidades que comprenden el desarrollo mental y emocional del bebé. Las describe de la siguiente manera:

1. Holding o sostenimiento: La palabra inglesa "holding" proviene del verbo "hold", que significa sostener, contener, amparar. Alude a la función de la

madre de sostener (emocionalmente) al bebé de manera apropiada. "Sostener al bebé es una tarea especializada" (Winnicott, 1998, p. 35) que facilita la integración psíquica del infante. El bebé halla de esta manera puntos de referencias simples y estables con los que lleva a buen término el trabajo de integración en el tiempo y en el espacio. Esto le permite la continuidad de su ser y le proporciona un vivenciar integrador de su cuerpo, y una buena base para la salud mental.

2. Handling o manipulación: es la manipulación del bebé en la prestación de cuidados. Esta función "contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática (la unidad psique soma) que le permite percibir lo 'real' como contrario de lo 'irreal'" (Winnicott, 1995, p.33). Es necesario para su bienestar físico que lo experimente poco a poco en su cuerpo para poder ir realizando progresivamente la unión entre su vida psíquica y física. Esta unión es lo que Winnicott llama personalización.

3. Object-presenting o presentación del objeto: La madre le permite al niño encontrar y adaptarse por sí mismo a los objetos de la realidad (seno, biberón), al presentárselos de forma gradual y permitiéndole que pueda hacer real su impulso creativo. De esta manera, sostiene que "La mostración de objetos o realización (esto es, hacer real el impulso creativo del niño) promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos" (Winnicott, 1995, p. 34).

Otro concepto relevante de este autor es el de "madre suficientemente buena" (Winnicott, 1994). Es aquella que durante los primeros días de la vida de su hijo se identifica estrechamente con éste, adaptándose a sus necesidades.

Es lo bastante buena para que el niño pueda acomodarse a ella sin daño para su salud psíquica. Permite que el bebé desarrolle una vida psíquica y física apoyada en sus tendencias innatas. Esto le puede proporcionar un sentimiento de continuidad de existir, que es signo del surgimiento de un verdadero sí mismo.

La madre suficientemente buena da satisfacción a la omnipotencia del infante, y en alguna medida también le da sentido. Lo hace repetidamente. Empieza a tener vida el self verdadero, gracias a la fuerza que le cede al yo débil del

infante la instrumentación por la madre de las expresiones omnipotentes de este último (Winnicott, 1994, p. 189).

La “madre insuficientemente buena”, por el contrario, es aquella que globalmente no tiene capacidad para identificarse con las necesidades del bebé. Es una madre imprevisible, pasa de una adaptación perfecta a una defectuosa, de la injerencia a la negligencia. Esto se da especialmente cuando son varias las personas que cuidan al bebé.

Durante el período de dependencia absoluta los defectos de adaptación provocan carencias en la satisfacción de las necesidades y entorpecen el despliegue de la vida.

Cuando la madre no cumple su función de sostén del yo, lo que surge es una angustia portadora de amenazas de fragmentación, falta de relación con el propio cuerpo, etc. Esto, según Winnicott (1994) sería la esencia de las angustias psicóticas.

La madre que no es suficientemente buena no es capaz de instrumentar la omnipotencia del infante, de modo que repetidamente falla en dar satisfacción al gesto de la criatura. En lugar de ello, lo reemplaza por su propio gesto, que adquirirá sentido por la sumisión del infante. Esta sumisión por parte del infante es la etapa mas temprana del self falso, y corresponde a la ineptitud de la madre para sentir las necesidades de su bebe (p. 189).

El niño es incitado a reaccionar a las exigencias ambientales de manera sumisa, complaciente. De esta manera, el self falso oculta y protege al self verdadero, siendo lo más destacado en este proceso la sumisión y la imitación. Descartando toda expresión espontánea y creativa del niño.



Así es posible ubicar el punto de origen del self falso, que ahora vemos que constituye una defensa, una defensa contra lo impensable, contra la explotación del self verdadero, que daría por resultado su aniquilación (p. 191)

Winnicott (1994) habla de la función defensiva del self falso que consiste en ocultar y proteger al verdadero y se expresa en los continuos rasgos de sumisión. Schorn (1999) dice que "Muchos niños que de bebés han estado en tratamiento de estimulación temprana, exclusivamente, y no se ha trabajado el vínculo, han estructurado un falso Self" (p. 33).

La autora afirma que en el caso de niños con discapacidad que han adquirido un falso self esta sumisión puede ser observada en exagerados actos de cortesía que realizan, entre otras cosas. Es una acomodación a lo esperable, a las exigencias del medio ambiente que implica una estructuración psíquica fallida

El primer antecedente para la estructuración de este falso self parte de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del pequeño continuándose luego por la sensación de falta de ilusión que expresan muchos de estos niños en su imposibilidad para proyectarse. El ser verdadero es aquel que está dotado de espontaneidad.

Así, lo central para la constitución del sujeto va a ser cómo opera el deseo de la madre, permitiendo que el niño pueda desplegar su omnipotencia y sentimiento de confianza para luego explorar al mundo con la tranquilidad de saber que ella está allí aunque no pueda verla. Este espacio creado entre el niño y la madre, entre el niño y el ambiente, se mantendrá a lo largo de toda la vida como el espacio en el cual podrá experimentar vivencias creativas y placenteras.

Pero falta aún otro elemento presente en esta situación y fundamental para el proceso de estructuración subjetiva del niño. Este es el padre, y su función de interdictor en la relación entre el niño y la madre, lo cual en determinado momento es fundamental para que el niño pueda asumirse como sujeto autónomo, separado de su madre y con un deseo que le sea propio.

Para que el niño funcione escénicamente en un lugar de hijo deseado y deseante será necesario que la trilogía madre-padre-hijo y su funcionamiento queden referidos al Complejo de Edipo.



### 5.3 El Complejo de Edipo

Así como, el Estadio del Espejo y la teoría del Narcisismo demuestran la importancia de las vinculaciones primarias en la constitución subjetiva; hablar de Complejo de Edipo en la teoría psicoanalítica, también significa referirse a las relaciones más tempranas del niño con su madre y su padre, al valor de los primeros cuidados maternos y la posterior interdicción paterna.

Si el cuerpo se erogeiniza es porque extrae en primer término su sexualidad de su contacto con el cuerpo de la madre.

El trato del niño con la persona que lo cuida es para él una fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales a partir de las zonas erógenas, y tanto más por el hecho de que esa persona –por regla general la madre- dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece, y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual de pleno derecho. La madre [...] con todas sus muestras de ternura despierta la pulsión sexual de su hijo y prepara su posterior intensidad. (Freud, 1905, p. 203).

Pero, el autor señala también el aspecto conflictivo que inaugura este desarrollo, porque paradójicamente, con quien se aprende es con quien no podrá lo aprendido ser utilizado. El lugar edípico de las relaciones del niño con sus padres es el sitio donde incidirá el impedimento denominado “prohibición del incesto”.

Lo más inmediato para el niño sería escoger como objetos sexuales, justamente, a las personas a quienes desde su infancia ama, por así decir, con

una libido amortiguada. Pero, en virtud del diferimiento de la maduración sexual, se ha ganado tiempo para erigir [...] la barrera del incesto. (Freud, 1905, p. 205)

Si el Complejo de Edipo remite al hecho de que la prohibición del incesto es estructurante del cuerpo erógeno, es porque el sujeto de entrada se ve referido a los polos donde la relación se constituye: el padre y la madre. Esos polos son "funciones" que la madre y el padre asumirán en la estructura edípica. Si el sujeto ha de ser un ser sexuado, lo aprendido en el conflicto del acceso a la sexualidad, debe ser conservado. Mientras que deberá desprenderse del lugar del aprendizaje, es decir, del cuerpo de la madre. Este corte toca los fundamentos mismos de la estructura del sujeto.

Hablar de la prohibición del incesto es hablar de la función paterna, en tanto es ésta la que permitirá el cumplimiento de dicha ley.

Para Lacan (2003) el Complejo de Edipo es la estructura triangular paradigmática, que contrasta con todas las relaciones duales. La función clave del Edipo es la del padre, el tercer término que transforma la relación dual entre la madre y el niño en una estructura triádica. De este modo es el pasaje desde el orden imaginario al orden simbólico. El sujeto no puede tener acceso al orden simbólico sin enfrentar el problema de la diferencia sexual.

El Complejo de Edipo es un espacio que está desde antes de nacer porque existe en el discurso familiar, y además tiene que ver con la historia edípica de cada uno de los padres.

Enuncia que se estructura en tres tiempos lógicos:

Primer tiempo: Es el del idilio del amor de la madre y el hijo. Hay una relación diádica donde cada uno se siente complementado por el otro, es una relación sin interdicción, en tanto la figura del padre todavía no está allí.

"Lo que el niño busca, en cuanto deseo de deseo, es poder satisfacer el deseo de su madre, es decir, to be or not to be el objeto del deseo de la madre" (Lacan, 2003, p. 197).

Esta posición termina sumiendo al niño en la angustia al comprobar que no puede complacer al deseo omnipotente de su madre.

Segundo tiempo: Emerge el padre como figura capaz de llevar a cabo la función de corte en el vínculo entre el niño y la madre. Aparece entonces el padre como interdictor, como privador, es quien representa la ley de prohibición del incesto.

Lo importante no es que el padre real ingrese e imponga la ley, sino que esta ley sea respetada por la madre en sus palabras y acciones. El sujeto ve ahora al padre como un rival que disputa con él el deseo de la madre.

Tercer tiempo: Reaparece el padre, pero bajo la forma de un padre permisivo, condición de acceso a la mujer, bajo el modelo de la madre prohibida. Esto permite que ya no sea una relación de a dos, sino que aparece un tercero que es el padre, lo que implica que el niño debe aceptar que hay algo entre la madre y el padre que a él no le pertenece. Así, el sujeto es liberado de la tarea imposible y provocadora de angustia de tener que ser el falo (el objeto de deseo), cuando comprende que el padre lo tiene.

Este proceso se cumplirá si la madre puede ubicarse como deseante de un tercero exterior al hijo.

Para que pueda advenir un sujeto es necesario que la madre advenga en una posición de mujer- madre, de tal forma que su deseo se dirija a un tercero diferente del niño, para introducir la dialéctica del deseo. Es decir que es necesario que el niño ubique que hay otro diferente de él que es objeto causa del deseo de la madre. En relación al padre, si éste es quien representa la ley, debe someterse también a ella. En este sentido, debe advenir también el padre un hombre- padre, es decir, un hombre que tiene límites, un hombre con el cual el niño puede rivalizar, con el cual se puede identificar para estructurar el campo de su deseo con el sexo opuesto.

El padre en este tiempo también se ofrece como polo de las identificaciones sexuales del hijo, y simultáneamente de los ideales sociales. El padre será objeto de identificación para el niño en la medida en que le permitirá identificarse a los rasgos paternos. En el caso de la niña, tomará al padre como objeto de amor, identificándose a los rasgos maternos.

Como conclusión se puede decir que la infancia es el tiempo fundamental para la constitución como sujeto. Freud (1914) enfatizó el lugar del

niño como el del ideal de los padres. El sujeto nace en un baño de lenguaje, es decir que se constituye a partir de las palabras, del discurso, de los predicados familiares que caen sobre él, se hace sujeto en función del Complejo de Edipo, y es esa la estructura que determina la circulación de su deseo, y según la relación con el estadio del espejo, se produce el proceso de identificación con la propia imagen que permitirá la constitución del yo. En el estadio del espejo se puede encontrar el aporte para entender qué es la subjetivación de un sujeto, en su constitución y en su identificación.

El niño está atravesado y es efecto del deseo del Otro. El advenimiento del niño como sujeto depende del deseo parental de dejarlo o no constituirse como sujeto deseante.

#### **5.4 La dinámica parental en el Retraso Mental.**

Maud Mannoni, referente teórico en la temática de las relaciones entre el niño con retraso mental y sus padres, tiene el mérito de haber levantado la prohibición del acceso del débil mental a la cura analítica. La dirección a la que apuntan sus teorizaciones (su impacto histórico) es la de haber devuelto al niño retardado su estatuto de sujeto, separándolo de los significantes parentales y médicos que lo identificaban como "débil"; dándole así la posibilidad de acceder a sus propios significantes y su propio deseo.

Esta autora señala que cuando la patología marca el nacimiento (como en el caso de los niños con retardo grave), hay madres que se lanzan a una lucha esforzada para proteger la vida de su hijo. Precisamente en estas estructuras, en las que la madre impone su subjetividad, se instala a menudo un malentendido básico sobre la posesión del cuerpo del niño. El ejercicio cotidiano de "hacer funcionar el cuerpo" del otro, genera el equívoco acatado por los integrantes de dicha dupla: la madre es y será dueña del acceso al cuerpo del niño. En esta situación el padre también queda desalojado.

Madre y bebé quedan indiscriminados, funcionando como un solo cuerpo en el que las necesidades del niño son secuestradas por el deseo materno.

Hemos visto hasta qué punto el niño retardado y su madre forman, en ciertos momentos, un solo cuerpo, confundiendo el deseo del uno con el del otro, al punto que ambos parecen vivir una sola y misma historia. Esta historia tiene por soporte, en el plano fantasmático, un cuerpo que diría afectado por idénticas heridas, que han revestido una señal significativa. Lo que en la madre no ha podido ser resuelto en el nivel de la prueba de castración, será vivido en forma de eco por el niño, que en sus síntomas no hará más que hacer "hablar" a la angustia materna (Mannoni, 1964, p.53).

Esto va a generar una situación dual, un determinado tipo de relación entre el niño y su madre que va a dificultar la intervención paterna. Lo cual será particularmente visible en relación a su accionar dentro del Conflicto Edípico ya que si la madre no lo permite, éste no podrá realizar el corte en la relación entre el niño y ella, ni favorecer la instalación de relaciones triangulares y liberar así al niño de la tarea imposible de colmar el deseo de la madre. Lo que le impedirá tener uno propio quedando como un puro objeto de deseo y cuidado materno.

Si el mensaje del padre no le llega, el niño permanecerá en una relación fantasmática con su madre, reducido a objeto de cuidado sin posibilidad de acceder al nivel de sujeto. "Algo que asombra en estos niños es la forma en que siempre logran desarrollar una situación de a dos, convirtiéndose en objeto de uno de los padres [...] el cuerpo del niño pertenece siempre a uno de los dos padres" (Mannoni, 1964, p. 32).

Pareciera que la madre, dentro de esta situación de fusión y de doble dependencia (por el déficit del niño) arrastrara un monto de satisfacción al que le resulta muy difícil renunciar.

El niño deviene organismo, objeto a ser cuidado, objeto de necesidad y no de deseo. El lugar materno se ubica desde los horarios, las medicaciones, los alimentos. Así, con el cuidado de lo orgánico intenta ocupar todo y cubrir la falta por completo. En esta ecuación tampoco hay padre. En consecuencia se

deja poco espacio para que advenga el deseo del niño ya que la mirada está puesta en la patología, y no en el sujeto.

Así Mannoni manifiesta “el niño está por supuesto, alienado como sujeto autónomo, para devenir objeto a cuidar.” (Mannoni, 1964, p. 24).

El acaparamiento materno puede ser tan masivo que se producen situaciones de detención de las pautas de desarrollo más elementales del niño.

Sin embargo la madre, que parece preocuparse por el inmovilismo de su hijo, al menor intento de movilidad y de discriminación entre ambos, entra en ansiedades insoportables. Como enuncia Mannoni (1964), el niño que está destinado a colmar la falta de su madre solo puede existir para ella, no para él mismo. Por lo tanto cada intento de autonomía significará la desaparición de un soporte fantasmático del que su madre tiene necesidad.

En el psicoanálisis de los niños es el yo de la madre lo que a menudo llegará a interrumpir el progreso, antes de que el fantasma se deleve. Es en la madre, pues, donde de entrada va a surgir la angustia (Mannoni, 1964, p. 70).

Así, lo grave de esta situación es que puede llegar el momento en el que las limitaciones del niño se vean potenciadas por las resonancias familiares, como también su posibilidad de devenir un sujeto con un deseo que sea propio. Esto va a depender del lugar que los padres le destinan al niño, de cómo las primeras marcas fundantes del psiquismo sean inscriptas por los progenitores. La madre “escribe” las primeras marcas en el cuerpo del niño libidinizando las zonas erógenas. Este proceso “incluye no solo las manos del adulto que tocan al cuerpo del bebé, sino también los ojos que miran y la voz, percibida desde el nacimiento como un objeto privilegiado” (Coriat, 1996, p. 43).

Estas marcas pasarán a formar las primeras huellas, los cimientos del aparato psíquico. La patología en su aspecto biológico no es causa determinante de la estructuración de éste último. Sino que, por lo contrario, es la estructura relacional que los padres establecen con sus hijos en los primeros años de vida, la que propiciará o impedirá el surgimiento del deseo en el niño.

“No habría una familia típica de la persona con discapacidad pero, cuanto más endogámica es la familia más discapacitante sería ella en sí misma” (Schorn, 1999, p. 55).

De esta manera se puede observar que los diversos autores citados coinciden en que lo que determina la estructuración subjetiva no es lo orgánico, sino el lugar simbólico que le es otorgado.

Mannoni (1964) también pone énfasis en esto al enunciar que “La gravedad de la enfermedad depende en esencia del sistema de relaciones en el que el débil se halla agarrado” (p. 72).

Enfatiza esta cuestión al manifestar: “¿Por qué encontramos débiles mentales “tontos” y débiles mentales “inteligentes”, con CI idénticos? La respuesta [...] reside en el sentido que la enfermedad ha tomado en la constelación familiar” (p. 32).

Ya en 1969 Lacan (2007), en una carta dirigida a la psicoanalista Jenny Aubry, manifiesta que comprende al síntoma como el representante de una verdad. En el caso del niño, esta verdad respondería a lo que hay de sintomático en la estructura familiar. El síntoma representa lo imposible de decir.

Dolto, en su prefacio al libro de Mannoni “La primera entrevista con el psicoanalista” (1994) manifiesta: “es el niño quien, mediante sus síntomas, encarna y hace presentes las consecuencias de un conflicto viviente, familiar o conyugal, camuflado y aceptado por sus padres” (p. 15).

Así, el síntoma del niño no lo representa directamente a él, sino que responde a lo que hay de sintomático en su estructura familiar. Por lo tanto, y al ser esta estructura la que vehiculiza las funciones de Nombre del Padre y Deseo de la Madre, lo que representa es la verdad de la pareja parental.

Mannoni (1964) también pone énfasis en esto y manifiesta que se esfuerza por ir más allá de un diagnóstico, de “un rótulo que ha sido el punto de partida de la cristalización de una angustia familiar” (p. 28). También manifiesta que “en todas esas familias existe un malestar con el que se convive, una historia perturbadora paralela al retardo o que lo agrava.” (p. 104).

Siguiendo las teorizaciones precedentes se puede pensar que lo que adquiere un sentido es el valor simbólico que otorgan los padres a esa situación, en resonancia con cierta historia familiar que los atraviesa. Lo que se

pone de manifiesto es como el niño queda marcado, no solo por la manera en que se lo espera antes del nacimiento, sino por lo que luego habrá de representar para cada uno de sus padres en función de la historia de cada uno de ellos. Su existencia real va a chocar con las proyecciones inconscientes de los padres. Si el niño tiene la impresión de que le está cerrado todo acceso al deseo, a su palabra propia, puede llegar a buscar una posibilidad de expresión en la enfermedad.

Lo fundamental, manifiesta Mannoni (1987), es que el niño con alguna disminución debe ser considerado un sujeto hablante, un sujeto que trata de hacerse oír y que sólo puede constituirse en relación con el Otro.

En cuanto a esto, Schorn (2003) manifiesta “Al débil mental le cuesta hablar más bien es hablado por los Otros, por lo tanto le es difícil desear por sí mismo y pasa a ser un sujeto fácilmente manejado.” (p. 22)

Se observa que es el entorno familiar más o menos enfermo y no tanto el mayor o menor grado de discapacidad el factor determinante de la constitución psíquica del sujeto. “Un niño puede tener un nivel intelectual menor producto de su organicidad pero lo afectado habitualmente en él no es el rango intelectual sino la posibilidad de una estructuración psíquica sana” (Schorn, 2003, p. 20).

La debilidad mental no debe eclipsar la condición de humanidad del niño que la porta.

## CONCLUSIONES

En base al recorrido bibliográfico realizado sobre la incidencia de los vínculos tempranos en el desarrollo de la subjetividad del niño con discapacidad mental, se pueden extraer las siguientes conclusiones.

Cabe destacar que los diversos autores consultados hacen hincapié en el riesgo que trae aparejado poner en primer plano a la patología, al retraso mental, por sobre la individualidad de cada caso.

Esto, tendría diversas consecuencias tanto en el niño como en sus padres.

En *primer lugar*, esta actitud fija al niño en una posición de objeto a ser cuidado; lo deja encadenado a una patología que lo nomina y le dificulta su acceso a la subjetividad. Definir a alguien en base a una patología borra las huellas de la singularidad que son las que van a determinar qué es lo que un sujeto puede llegar a hacer, cuáles son sus potencialidades y recursos subjetivos.

Los diagnósticos, sin por esto desconocer ni negar su utilidad, reúnen a diversos sujetos en categorías estadísticas y descriptivas. Éstas serán las que van a dar la base para hipotetizar qué es lo que estas personas pueden, o no, llegar a hacer, incluso desde su nacimiento; lo que tiene el potencial de ser verdaderas profecías autocumplidas.

En *segundo lugar*, esto conlleva un fuerte impacto en los padres. Este se producirá en el orden de lo previsto, desde lo imaginado y esperado. El conocimiento del diagnóstico no solo moviliza ansiedades, angustias y culpas sino que también empuja a estos padres hacia los "otros" especializados para que les "digan" acerca de su hijo. Dificultando así su propio saber como padres y el establecimiento del temprano vínculo con su hijo. Este hijo pasa a ser recibido como un "extraño", con quien no se pueden identificar, a quien no esperaban y a quien no saben si podrán cuidar y comprender.

Así, queda desplazada la imagen del hijo que esperaban y su lugar es ocupado por el orden de lo científico, de un objeto nombrado y definido por la ciencia. A la cual recurrirán para que les "cuenta" de este hijo, de sus características y potencialidades.

En caso de ocurrir esto, el médico, y los demás profesionales de la salud que intervengan quedarían en una posición de representantes del discurso

científico, serían aquellos capacitados para responder por el futuro del niño. Sobre esto es que alertan autores como Mannoni (1864/1987/1994), Baraldi (1993/1995) y Clavreul (1978) al afirmar que no se trata de negar información científica sino que ésta no sature el lugar materno ni paterno ni las significaciones que los padres desarrollaron antes del nacimiento.

En *tercer lugar*, abordar esta problemática exclusivamente desde una postura biologicista cierra las puertas a las posibles interpretaciones acerca de cuál es el significado de los síntomas del niño. Llevando así, a ignorar que estos pueden estar materializando la angustia familiar y el lugar que ha ocupado este en el discurso parental. No hay que restarle importancia a esto ya que el niño, en forma inconsciente, da a la debilidad un sentido impuesto por aquel que le dan sus padres.

Así, si el niño tiene la impresión de que le está cerrado el acceso al deseo, a su palabra propia, puede llegar a buscar una posibilidad de expresión en la enfermedad.

Es por esto que, sin negar ni subestimar la realidad de la patología, se debe desentrañar de qué manera la situación real es vivida por el niño y su familia.

Considerando las teorizaciones precedentes se puede concluir que lo importante es el valor simbólico que otorgan los padres a esta situación. Esta simbolización puede considerarse como la matriz de la cual surgirán las distintas actitudes y modalidades vinculares hacia sus hijos.

Esta valoración simbólica está condicionada por la historia que cada uno de ellos ha atravesado y el rol que este niño ha jugado en sus fantasías. No ya desde el nacimiento, ni siquiera desde el embarazo, sino desde las proyecciones y fantasías que los atraviesan desde su propia infancia y su paso por la conflictiva edípica. Así, también el sentimiento de los padres hacia su hijo y la conducta mostrada hacia él están influidos por sus anteriores experiencias emocionales, sobretudo aquellas que tuvieron con sus respectivos padres.

Es esta situación familiar que lo antecede, la que conformará el discurso que va a recibirlo. El niño, nace en un mundo de lenguaje, de nombres, y él con su nombre ocupará un lugar. Hay un discurso que le preexiste a partir de dichos que le anteceden, de los hechos que lo determinan, de lo que de él

desean sus padres, particularidad que delimita el lugar que ocupará en la estructura familiar.

La historia en la que el niño viene a inscribirse, lo que se dice y lo que no se dice acerca de éste, los intercambios dialecticos y dinámicos, fantasías y deseos de los padres, constituyen la infraestructura humanizante del sujeto.

Es necesario tener un lugar en el deseo y en el discurso del Otro para poder llegar luego, a ocupar un espacio en el mundo. Y para que esto ocurra, es preciso que alguien otorgue ese lugar. La madre, ocupando esta posición será la que se encargará de ir transformando en demandas las necesidades del niño y, a través de una adaptación casi completa a él le permitirá ir construyendo su propio yo y explorar progresivamente el mundo que lo rodea con sentimientos de confianza y placer.

El padre por su parte, como portador de un nombre que une al hijo a la cadena filiatoria y genealógica, tendrá la función de hacer un corte en esta relación diádica entre el niño y su madre. Facilitando así, no solo la autonomía y la posibilidad para el niño de salir de la posición imposible y angustiosa de ser el objeto de deseo de su madre; sino también la instauración de un tercer término. Es decir, la posibilidad de establecer relaciones triangulares. Esto será posible si la madre vehiculiza en su discurso este corte, aceptándolo.

Esto es fundamental, ya que así es como el deseo puede empezar a circular. El niño podrá progresivamente desarrollar un deseo propio, más allá del de sus padres. Transformándose en un sujeto de deseo, y dejando su posición de objeto deseado.

Son también estas figuras parentales las que a través de su propio narcisismo, que les permite tomar al niño como un objeto de amor colmado de perfecciones, posibilitarán que el pequeño pueda establecer una imagen inconsciente del cuerpo saludable y amable consigo mismo.

Así como también, a través de la mirada amorosa de su madre, podrá ir armando una imagen unificada que lo llevará a constituir su yo. Ya que ella le devuelve, al mirarlo como una unidad, la sensación de integración y seguridad que se contrapone a la indefensión en la que se encuentra.

Todo esto irá llevando al niño a construir su cuerpo, su conocimiento, a reconocerse como diferente y separado de sus padres, construyendo así

paulatinamente su propio yo; y a explorar el mundo que lo rodea de forma confiada y activa.

Adueñándose lúdicamente del lenguaje, del espacio, de nuevos aprendizajes y empezando a hacer jugar en primera persona su propio deseo podrá reconocerse a sí mismo y a los otros como diferentes y, a la vez, como parte de una misma estructura familiar.

Ahora bien, todas estas consideraciones no hacen más que esclarecer cuan dramática y riesgosa es la situación de los niños con retraso mental. Si bien todo este complejo proceso vincular que desemboca en la subjetivación, es complicado y pasible de fallas en los niños sin patologías, cuanto más aún lo será en el caso de aquellos con una discapacidad mental.

Y esto es así, ya que si bien la patología puede tener una base orgánica con la que se nace, la estructuración del aparato psíquico, en cambio, es contingente, acontece luego, no depende de la biología sino del lugar que el Otro le ofrece al recién nacido, especialmente en los primeros años de vida.

El nacimiento de un niño con una patología implica una ruptura en la ilusión de una pareja acerca del lugar que este hijo vendría a ocupar, en tanto lo aleja en lo real del hijo deseado porque es tomado por esta diferencia que lo ubica como ajeno para estos padres.

Una herida narcisista, un desencuentro que de algún modo deberá resolverse para que este niño sea adoptado (simbólicamente) por ellos como hijo y puedan recorrer el camino de la constitución subjetiva.

Esto va a depender, fundamentalmente, de cómo estos padres puedan, o no, sobreponerse a la herida narcisista, enfrentar la incertidumbre, la angustia y la culpa que les genera esta situación inesperada.

Será en base a esto, que el cuerpo del niño comenzará a ser "marcado", a través de las caricias, los cuidados, y fundamentalmente a través de la mirada de los padres que le irá devolviendo al pequeño una imagen de sí mismo. Esta imagen puede ser defectuosa o sana y cohesiva a pesar de la patología.

Mannoni (1964) destaca que uno de los más frecuentes desenlaces a esta situación es que el niño quede ubicado en una relación diádica con su madre que será la que abnegadamente se ocupará de su cuidado, ocupando el lugar de la que posee la "llave de acceso al cuerpo del niño".

Es decir, será ella la encargada exclusiva de este cuerpo, llevando así la fusión inicial que los unía a tiempos en los que esta deja de ser beneficiosa para el niño.

Advierte, que en estos casos, la palabra del padre no llega, por lo cual se evidencia en estos niños tanto el quedar principalmente reducidos a ser objeto exclusivo de cuidados, como la dificultad para entablar relaciones triangulares. Lo cual, ocasionará que la dialéctica del deseo se vea dificultada.

Al no poder el niño, acceder a un deseo que le sea propio, no podrá salir de su posición de objeto cuidado y deseado por otros. Esto incidirá muy profundamente en el acceso a una posición subjetiva autónoma. Así como en su confianza para poder explorar su ambiente, jugar e ir progresivamente desarrollando aprendizajes y apropiándose del lenguaje.

Estos modos de vincularse entre el niño con discapacidad mental y sus padres podrían relacionarse con las modalidades narcisistas u obsesivas compulsivas descritas por Schorn (1999).

Así, la modalidad narcisista de vinculación, que oscila entre conductas satisfactorias o de rechazo, estaría caracterizada por la dificultad de los padres para decodificar y responder a las necesidades de su niño. Debido a que la profunda herida narcisista que este hijo supone, no les permite identificarse con él. Esto conllevará, así mismo, a que el proceso de libidinización, necesario para la constitución subjetiva, se vea obstaculizado. A partir de esto, Schorn (1999), tomando las clasificaciones de apego teorizadas por Ainsworth y consideradas por Bowlby (2009) manifiesta que este tipo de vinculación da lugar al desarrollo de estilos de apego ansiosos elusivos.

Por otra parte, los modelos obsesivos – compulsivos dan lugar a apegos ansiosos. Esta modalidad de vinculación se caracteriza por una excesiva preocupación de los padres en la relación con sus hijos, generando que los niños se comporten de forma insegura, temerosa e inactiva. Las necesidades del niño son secuestradas por el deseo de los otros y se ve así reducido a ser un objeto de cuidado.

Lo que tienen en común estas conductas de apego, que no necesariamente implican patología, derivadas de vínculos marcados por la ansiedad, la inestabilidad, la confusión, el temor y ocasionalmente el rechazo, es que generan, en los casos de niños con discapacidad mental, conductas

inseguras que pueden llevar a la detención en sus pautas de desarrollo y a que actúen como más retrasados de lo que son. Asimismo, estas conductas no favorecerán en el niño el desarrollo de un deseo que le sea propio, se verá capturado por el deseo de los otros y entrampado en una posición de objeto.

En conclusión, estos modos de vinculación, anteriormente desarrollados, podrían considerarse obstaculizadores del proceso de subjetivación del niño con discapacidad mental.

Por el contrario, en el caso en el que los padres pueden hacer el duelo por aquel hijo esperado que no llegó y aceptar al niño con sus dificultades se generaran "modalidades vinculares sanas en los padres" (Schorn, 2003, p.20) estas posibilitan respuestas más rápidas contribuyendo al descubrimiento conjunto del mundo que los rodea. Según la autora, este tipo de modalidad vincular favorecerá el establecimiento de apegos seguros en los niños. Con esto se la puede considerar como una modalidad vincular favorecedora del proceso de subjetivación del niño con discapacidad mental, que le permitirá emerger como un sujeto deseante.

La autora, siguiendo las teorizaciones de Bowlby (2009) define este estilo de apego como aquel que se genera en los niños que confían en sus padres, y a los cuales esta confianza les permite explorar el espacio y recurrir a estos cuando necesitan protección y consuelo.

Es partiendo del trabajo de elaboración y aceptación, que la culpabilidad podrá transformarse en la posibilidad de que el niño se constituya como representante del amor parental, y no como su resto o su ser patológico, donde su nombre de hijo queda abolido por el nombre del síndrome, el diagnóstico o la deficiencia.

Asimismo, esta elaboración en los padres permitirá que el niño pueda mirarse en un "espejo" que le devuelva una imagen favorable de si mismo más allá de sus deficiencias.

El riesgo, siempre latente, sería que el niño arme su identidad identificándose con su discapacidad, que haga suya la patología como el rasgo que lo nombra identificándolo en una correspondencia directa con lo patológico.

Si consigue jugar su diferencia y su imposibilidad, el niño (sin darse cuenta) la va simbolizando, ya que la puede ubicar en un espacio ficcional; si así ocurre es porque él no es la patología, y por eso entonces puede jugarla en

otro, en un juguete o en un muñeco, es decir, en un espacio escénico donde él no es la deficiencia sino que la porta, que la tiene.

Si un niño tiene su deficiencia, es que ella no lo representa a él, él está representado por su imagen y no por su discapacidad.

Cuando el niño ha podido elaborar en una relación de lenguaje con la madre la imagen de su cuerpo, aunque una de las partes del mismo esté dañada, puede ser portador de una imagen inconsciente del cuerpo sana, cohesiva y dinámica.

Será esta relación de confianza la que le permitirá ir posicionándose progresivamente como un sujeto autónomo y deseante.

Para concluir, es menester mencionar que no será la patología con la cual ha nacido el niño, sino las características de los vínculos que los padres establecen con sus hijos en los primeros años de vida, las que propiciarán o impedirán el surgimiento del deseo en el niño.



## **PALABRAS FINALES**

### Posible contribución de la presente investigación al campo de la discapacidad y la psicología:

Para finalizar, se puede afirmar que el presente trabajo contribuye a resaltar que la patología no es determinante del porvenir del niño que la porta, sino, que lo decisivo en el desarrollo de la subjetividad del niño con discapacidad mental son los vínculos primarios. Estos, están atravesados por la simbolización particular que hayan podido realizar los padres de la llegada de este niño no esperado. Lo limitante, no es la patología en su aspecto biológico, sino el lugar que el discurso parental tiene reservado para este niño.

Frente a la uniformidad y a la colectivización que plantea el discurso médico en torno a la problemática de la Discapacidad Mental, borrando las particularidades, sería de interés que los profesionales psicólogos que aborden el tratamiento de un niño con esta patología puedan generar un espacio en el que se despliegue la subjetividad y el deseo. Priorizando el trabajo con los padres, para favorecer el desarrollo de modalidades de vinculación sanas entre padres-hijos con discapacidad, ya que las mismas favorecerán la emergencia de un sujeto

Esta mirada desde lo subjetivo abre la posibilidad de salir del lugar de la imposibilidad, encontrando un espacio que lo aloje al niño en el Otro familiar, institucional, social, de un modo diferente del de la exclusión, la segregación, la normalización.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana sobre Retraso Mental (2004). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Ed. Alianza.
- Ajuriaguerra, J. (1984). *Manual de psiquiatría infantil, 4º edición*. Barcelona: Ed. Masson.
- Anzieu, D. (1987). *El yo- piel*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Aulagnier, P. (1991). *Cuerpo, historia, interpretación*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Baraldi, C. (1993). *Aprender, la aventura de soportar el equívoco*. Rosario: Ed. Homosapiens.
- Baraldi, C. (1995). *Jugar es cosa seria*. Rosario: Ed. Homosapiens.
- Berenstein, I. (1987). *Psicoanálisis de la estructura familiar*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Bowlby, J. (1976). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Bruno, P. *Al margen. Sobre la debilidad mental*. En Revista Pliegos. [en línea] Enero 1996. N° 1. [fecha de consulta: 2 Octubre 2013]. Disponible en: <<http://elpsicoanalistalector.blogspot.com/2009/11/pierre-bruno-al-margen-sobre-la.html>>
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF. Organización mundial de la salud. OMS. 2001
- Clavreul, J. (1978). *L'Ordre Médical*. Paris: Ed. Seuil.
- Cordié, A. (1994). *Los retrasados no existen*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Coriat, E. (1996). *El psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños*. La Plata: Ed. De la Campana.
- Coriat, E. *Psicoanálisis y Discapacidad*. En Revista Imago [en línea] Agosto 2006. N° 102. [fecha de consulta: 5 Octubre 2013]. Disponible en: <<http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=292>>

- Dolto, F. (1986). *Imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Dolto, F. (1985). *La causa de los niños*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- DSM- IV (1997). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Ed. Alianza.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1912). *Obras Completas, Volumen XII. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1926). *Obras Completas, Vol. XIX, Inhibición, Síntoma y Angustia*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Obras Completas, Vol. XVIII, Más allá del principio de placer*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1905). *Obras Completas, Volumen VII. Tres ensayos de teoría sexual*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. AE, volumen XIV. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Gamsie, S. (2009). *La interconsulta. Una práctica del malestar*. Buenos Aires: Ed. Del Seminario, Colección Filigrana.
- Giberti, E. (1999). *Escuela para padres*. Fascículo n° 20. Página 12. Buenos Aires.
- Jerusalinsky, A. (1988). *Psicoanálisis de los problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Lacan, J. (1972). *El seminario. Libro 19. Clase del 15 de marzo de 1972*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1988). *El seminario. Libro 2. El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. Clase 19, Introducción al Gran Otro*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lacan, J. (2003). *El seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente 1957-1958*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lacan, J. (2003). *Escritos*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (2007). *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Ed. Manantial.

- Levin, E. (1997). *La infancia en escena*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Manonni, M. (1964). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Manonni, M. (1987). *El niño, su enfermedad y los otros*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Mannoni, M. (1994). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Nasio, J.D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Oliva, A. (1995). *Estado actual de la teoría del apego*. Apuntes de Psicología.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. En Organización Mundial de la Salud (Ed.), *Décima revisión internacional de la clasificación internacional de enfermedades (Versión española del Borrador para Estudios de Campo N° 4)*. Madrid: Editor.
- Peusner, P. (2010). *Reinventar la debilidad mental: reflexiones psicoanalíticas en torno a un concepto maldito*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Rodolfo, R. (1993). *El niño y el significante*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Rodolfo, R. (1999). *Dibujos fuera del papel: de la caricia a la lectoescritura en el niño*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Savid, C. (2004). *Construcción de la subjetividad y sus tropiezos*. Rosario: UNR Editora.
- Schorn, M. (1999). *Discapacidad. Una mirada distinta, una escucha diferente. Reflexiones psicológicas y psicoanalíticas*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Schorn, M. (2003). *La capacidad en la discapacidad: sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo: concepciones psicológicas*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Soler, C. (2007). *El Trauma, en Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista*. Buenos Aires: Ed. Letra Viva.
- Tallis, J.; Casarella, J., & Grañana, N. (1998). *Trastornos Psicopatológicos y comportamentales en el retardo mental*. Buenos Aires: Ed. Miño y Dávila.

- Valero, J. (1997). *El jugar del analista*. Buenos Aires: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Winnicott, D. (1992). *Realidad y juego*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Winnicott, D. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Ed. Hormé.
- Winnicott, D. (1998). *Los bebés y sus madres. El primer diálogo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1994). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Ed. Paidós.