



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"La relación entre la madre y su hijo especial"

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

David Ricardo Ríos Cortina 99273934
2002 - 2005

Directora: Mtra. Juana Ávila Aguilar

Dictaminadores: Lic. Felicitas Salinas Anaya

Mtra. Yanely Carrizosa Legorreta



Los Reyes Iztacala, Edo de México, nov. 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres, quienes me inculcaron el amor al conocimiento y al desarrollo personal.

Agradezco el inmenso e invaluable apoyo de la maestra Juana Ávila Aguilar en mi proceso de formación profesional y en la elaboración del presente trabajo.

ÍNDICE

Introducción.....	2
Justificación.....	6
Planteamiento del problema.....	9
Marco Teórico.....	12
Capítulo 1. Conceptos básicos sobre el retraso mental en la infancia.....	15
1.1 Causas orgánicas.....	15
1.2 Causas psicosociales.....	17
1.3 El retraso mental como síntoma.....	21
Capítulo 2. La importancia de la relación del niño especial con sus padres..	25
2.1 El niño especial y sus padres.....	25
2.2 La relación fantasmática del niño especial con su madre.....	27
2.3 El papel del Otro en el lugar que ocupa el niño especial.....	29
Capítulo 3. Intervención psicoanalítica en el niño con retraso mental.....	34
3.1 La angustia en el tratamiento.....	34
3.2 La resistencia al tratamiento.....	36
3.3 Transferencia.....	38
Conclusión.....	45
Bibliografía.....	54

INTRODUCCIÓN

Existen diversas clasificaciones para catalogar el retraso mental, inicialmente se basó en las medidas del coeficiente intelectual. En DSM-IV define dicho retraso como una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio, expresada en un coeficiente de inteligencia de 70 ó menos. Contempla también una edad de inicio anterior a los 18 años, acompañado de un déficit en la actividad adaptativa de la persona (DSM-IV, 1995). Posteriormente, La American Association of Mental Retardation (AAMR, 2002), define el retraso como una discapacidad, orientada a la carencia del funcionamiento intelectual, así como en la conducta adaptativa del individuo.

Recientemente, el DSM-V modifica la nomenclatura utilizada, la cataloga como discapacidad intelectual o un trastorno del desarrollo intelectual. Define que se caracteriza por un déficit de las capacidades mentales generales, que son vistas como la causa de la deficiencia del funcionamiento adaptativo. El diagnóstico se realiza por medio de evaluaciones estandarizadas o sistemáticas del funcionamiento intelectual (DSM-V, 2014).

Fierro (1982), expone la existencia de una gran diversidad de tratamientos para el retraso mental, así como pruebas psicométricas que pueden describir con exactitud los procesos cognitivos involucrados en este sentido. Sin embargo, señala la carencia del contraste empírico de los resultados, así como una integración de los mismos en una teoría general que explique el retraso.

Por otro lado, tanto Klein (1987) como Mannoni (1987), hacen referencia a que Freud ya había aplicado con éxito el psicoanálisis en niños, al ocuparse del caso de Juanito, un niño de 5 años.

A partir de contemplarse esta posibilidad, surgen dos corrientes: el encabezado por Anna Freud y el otro por Melanie Klein. Anna Freud sostenía que era necesario realizar ajustes a la terapia psicoanalítica para aplicarlo en niños. Klein sostenía que las situaciones de transferencia ocurrían del mismo modo que en los adultos. Esta discrepancia dio pie a que se realizara una observación y análisis clínico más profundo que aportara datos a este tema (Klein, 1987).

Mannoni (1990), continúa con las investigaciones en ese sentido, pero realizando un aporte de gran valor. Propone abordar también los casos de retraso mental infantil desde el punto de vista psicoanalítico, contrario a la creencia que se sostenía de que no podía ser aplicado para tratar dicha condición. Mediante el trabajo clínico, logra comprender que el mismo niño ocupa de manera inconsciente un lugar asignado por el Otro, en este caso sus padres. Esto resulta especialmente interesante, ya que define el origen de esta debilidad como un síntoma de un tipo de relación que se ha establecido especialmente con la madre.

Mannoni (op. cit.) cuestiona el concepto de debilidad mental clásico, al considerarlo no sólo un mero déficit en la capacidad del sujeto y tomando en cuenta factores que no habían sido considerados de interés para el tratamiento de estos casos. Han sido diversos autores que han considerado el tema desde la perspectiva propuesta por Mannoni, al cuestionar este enfoque clásico de debilidad mental, descartando la clasificación del CI como un dato para determinarla.

A partir de los conceptos desarrollados por Freud (1970) a través del trabajo clínico, se reconoce la estrecha relación entre el síntoma y la inhibición. Explica la diferencia de manera funcional: mientras la inhibición supone una disminución simple de la función, el síntoma implica una variación o la aparición de una nueva operación dentro de dicha función, por lo tanto, una inhibición puede ser también un síntoma.

Debido a que esta situación se encuentra relacionada con las funciones del yo, Freud (1970) las indaga para observar las formas en las que se exteriorizan estas alteraciones, en función de las perturbaciones neuróticas. Clasifica su manifestación en la función sexual, la alimentación, la locomoción y el trabajo profesional.

Tanto Palma y Silvia (2006) como Oyarzabal (2012), desde un enfoque Freudiano, concuerdan en abordar a la debilidad mental como un problema de inhibición.

Este retraso mental abordado por Mannoni (1990) como la expresión de una relación fantasmática entre la madre y su hijo, se manifiesta cuando el bebé que nace llega enfermo. Pero este proceso inicia desde antes del nacimiento, desde que la madre imagina el cuerpo de su hijo antes de su llegada. Si bien la brecha entre el cuerpo del niño imaginado por la madre y el real siempre existe, en estos casos resulta mucho más profunda (Muiña, 2009). Freud en su momento, planteó la existencia de fantasías por parte de los padres, con respecto a la posibilidad de que el niño pueda cumplir lo que ellos no pudieron realizar (Freud, 1998 cit. en Martín, 2008).

Esas expectativas que los padres tienen con sus hijos se quebrantan al recibir la noticia, no sólo por la debilidad mental, sino por la idea de que el niño no logrará ser autosuficiente (Ingalls 1982 cit. en Ortega, Torres, Reyes y Garrido, 2012). En este sentido, Núñez (2003), contempla otro importante impacto, el que generalmente se produce en el ámbito conyugal. Existen parejas que pueden salir fortalecidas, pero en la mayoría de los casos la situación puede producir la ruptura de vínculos.

Mediante este cambio de enfoque, con la observación y el trabajo clínico, se ha logrado que la intervención psicoanalítica se traduzca en que ese niño catalogado

como retrasado mental, sea capaz de desenvolverse en su medio de manera adecuada, conservando el mismo C.I. (Mannoni, 1990).

Esta premisa, de que es posible incidir en el retraso mental analizando factores que anteriormente habían sido considerados irrelevantes, ha dado pie a diversas investigaciones. Se ha reconocido dentro del tratamiento psicoanalítico del niño retrasado mental la importancia del lugar que ocupa en la familia, la relación entre el niño y su madre, la angustia y la resistencia en el tratamiento.

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre el retraso mental desde el punto de vista psicoanalítico. Así como exponer sus causas, la propuesta para su tratamiento y los resultados que se han obtenido al realizar dichas consideraciones.

JUSTIFICACIÓN

Como ha quedado manifestado en diversos estudios de casos a los que se ha hecho referencia anteriormente, la medida del CI, no es un referente claro para determinar el retraso mental, su origen o tratamiento.

Es Mannoni (1990), quien basada en los textos de Freud y Lacan, quien propone un cambio de enfoque radical, al definir a la debilidad mental no como el centro del problema, sino como un síntoma. Aborda esta relación a fondo, al observar que las madres y sus hijos retardados formaban por momentos un sólo cuerpo, confundándose el deseo del uno con el del otro, al punto que ambos parecen vivir una misma historia, define esta relación como fantasmática. Es por tanto, que la autora concluye que todo estudio del débil mental no será completo mientras no se busque en la madre el sentido de esta debilidad.

Es constante observar que el tratamiento en estos casos se centra en el niño, dejando de lado la relación con la madre y la ausencia de significativo paterno o ley del padre, observando entonces avances mínimos que no conducen a una auténtica reeducación del niño (Mannoni, op. cit.).

Esta relación fantasmática que se establece normalmente entre la madre con la llegada de su hijo enfermo se debe a que este tipo de niños son incapaces de establecer una identificación, lo que los deja sin defensa ante las situaciones de la dependencia dual con la madre. No tienen la posibilidad de interrogarse sobre su falta de ser, finalmente esa falta de ser de algún modo los sitúa en una posición donde no van a sufrir (Mannoni, op. cit.).

Basada en textos de Lacan, Oyarzabal (2005), concluye que el débil mental no encuentra cómo representarse en el discurso, lo que define a la debilidad mental como un síntoma de una estructura, en este caso fantasmática.

La angustia al tratamiento también es observada en la madre y el niño con retraso mental, funge como un testigo de dicha angustia. Ésta surge siempre en el tratamiento psicoanalítico y tiene una estrecha relación en la forma en la que el sujeto se sitúa con respecto al deseo del Otro (Mannoni, 1990).

Freud (1970) define el origen de la angustia como el miedo a la pérdida del objeto. La resistencia al tratamiento psicoanalítico en estos casos fue observada por Mannoni (op. cit.), manifestándose por quejas por parte de los padres o con el pretexto de la obtención de pequeñas mejorías. Esta resistencia representa un obstáculo para descubrir la fantasía o para que el fantasma se deleve.

Diversos autores antes mencionados concuerdan en entender a la debilidad mental como un síntoma, por lo que su análisis e intervención debe ser realizado tomando en cuenta la raíz de la situación y no sólo la manifestación de ésta. Al entender la debilidad mental como un síntoma, la intervención psicoanalítica se basa en lo que define Ramírez-Escobar (2007), como la premisa básica de la terapia psicoanalítica: centrarse en encontrar el deseo particular del propio sujeto.

Es precisamente lo que define Mannoni (op. cit.), como el inicio de la cura psicoanalítica, al determinar que el débil mental no podrá devenir “inteligente” hasta el día en que pueda tener un deseo propio y entonces habitar un cuerpo de su propiedad. Al encontrarse en este tipo de relación y ser el niño objeto del deseo de la madre, ella padece una crisis durante la intervención psicoanalítica por la inminente pérdida del objeto de su deseo.

Silos (2014), considera que la labor del terapeuta debería estar centrada en que el niño adquiriera conciencia de su propia condición. Este autoreconocimiento facilitaría la construcción de la propia identidad, con un Yo genuino, consciente de sus capacidades y limitaciones. Del mismo modo, considera que se debe orientar a los padres a aceptar el retraso mental de su hijo y a distinguir dónde comienza la condición del niño y dónde su neurosis.

Entendiendo lo anterior, es de vital importancia para el éxito en el tratamiento de los niños que presentan alguna debilidad mental que el enfoque terapéutico sea el más profundo posible. Teniendo en cuenta los conceptos y el proceso del devenir de la terapia psicoanalítica, el terapeuta tendrá la capacidad de insertar al individuo en la sociedad, al convertirse en sujeto con un deseo propio o autónomo, según esta perspectiva teórica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, de acuerdo a datos obtenidos del INEGI en el *censo de población y vivienda 2010*, la prevalencia de personas que presentan algún tipo de discapacidad es de 5, 739,270. Lo que representa el 5.1% de la población total en México.

La categorización de los tipos de discapacidad general, así como su distribución se muestran a continuación:

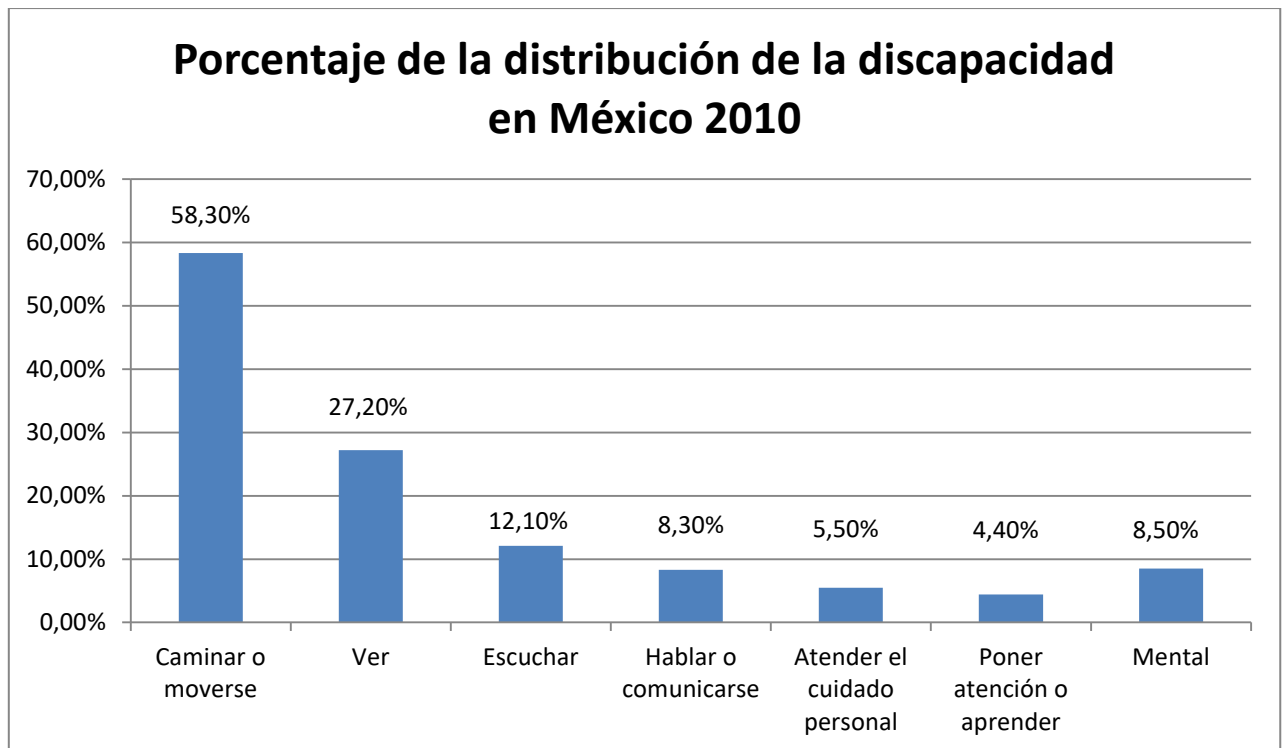


Tabla 1. La suma es mayor a 100 % por la cantidad de personas con más de una discapacidad.

De este total de personas que presentan alguna discapacidad, 8.5% presentan enfermedades mentales, lo que representa 487,838 personas. En el mismo

sentido, 4.4% del total de discapacitados presentan problemas para poner atención o aprender, lo que representa 252,528 de personas.

Del total de discapacitados, 12.9% tienen alguna dificultad mental, en poner atención o aprender. Lo que representa 740,379 de personas.

El INEGI clasifica los orígenes de la discapacidad y su distribución como se muestra a continuación:

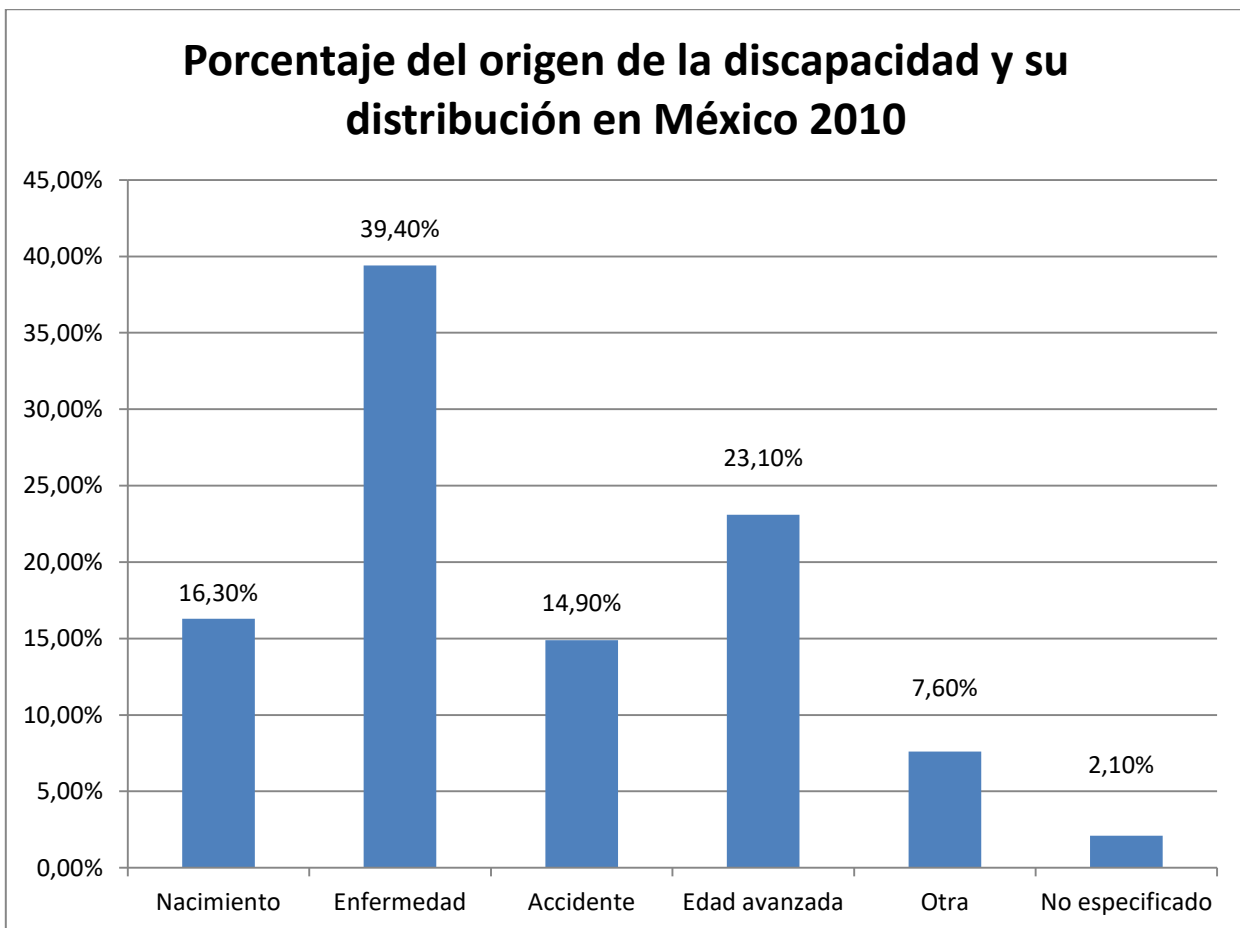


Tabla 2. La suma es mayor a 100 % por la cantidad de personas con más de una discapacidad.

Tradicionalmente los tratamientos se centran en la rehabilitación de la función inhibida, ya que el retraso mental no se considera un síntoma, se considera simplemente la incapacidad de realizar una función y así es abordada; bajo el

principio de que la rehabilitación de esa función es el camino para lograr una cura definitiva.

Si la inhibición de esta función representa un síntoma, debe ser abordada como tal, ya que de otro modo la intervención no supondrá una cura. Considerando esto, es de suma importancia no acallar la verdad del síntoma, ya sea de un niño o de un adulto (Martin, 2008).

Considerando que mediante los métodos de rehabilitación funcional tradicionales los resultados que se obtienen dejan de lado aspectos de suma importancia, se debe replantear tanto las causas como su tratamiento.

De esta manera será posible responder satisfactoriamente a una necesidad que presenta una parte de la población que debe ser considerada.

MARCO TEÓRICO

El psicoanálisis fue desarrollado inicialmente por las observaciones realizadas por Sigmund Freud. Al aplicar el método catártico implementado por Breuer e incursionar en los campos de la hipnosis, logró obtener resultados limitados en el tratamiento de los síntomas histéricos. Charcot demostró el origen psíquico de estos síntomas al ser capaz de manipular su aparición o erradicarlos mediante la hipnosis. Al realizar una comparativa entre las parálisis histéricas y las orgánicas, pudo determinar que las primeras no se apegan a los patrones nerviosos del cuerpo, se rigen más bien por las representaciones corporales propias de cada individuo (Tubert, 2000).

Las observaciones que realizó, le revelaron la existencia de procesos mentales que permanecían ocultos a la conciencia. Durante este periodo inicial de desarrollo, Freud utilizó una combinación del método catártico y de hipnosis, que le permitió dar cuenta de las limitaciones que presentaban dichos métodos terapéuticos. En este sentido, el proceso llegaba siempre a un límite, a partir del cual ya no era posible avanzar. Las resistencias, que obstaculizan el saber de lo inconsciente no desaparecían entonces, únicamente se desplazaban.

Por otro lado, los síntomas que habían menguado durante el tratamiento usualmente reaparecían al cesar el contacto del paciente con el médico. A esta relación de dependencia Freud inicialmente le llamó transferencia. Esta relación posibilita una reproducción en terapia de las experiencias vividas en la infancia del paciente. Al encontrarse en un plano inconsciente y reprimido, se manifiesta en forma de acciones, representaciones y sentimientos vinculados con la figura del terapeuta. El análisis de las resistencias y de la transferencia se vuelve central para Freud, quien desarrolla para efectuar dicho análisis el método de la asociación libre, posibilitando el acceso al mundo inconsciente.

El método consiste en proponer al paciente que suspenda la autocensura de su pensamiento y que lo exponga, incluyendo ideas que usualmente no se comparten por considerarlas inadecuadas o sin sentido. Freud consideró que dichas ideas no corresponden al azar, sino que se encuentran motivadas por procesos inconscientes. De esta manera, una palabra se asocia con otra y en estas conexiones aparentemente sin sentido, surge una significación que habría sido inconsciente hasta el momento de haberla enunciado (Tubert, 2000).

Basadas en los trabajos de Sigmund Freud, tanto Melanie Klein como Ana Freud se dedican a explorar la aplicación del psicoanálisis en niños. Hasta ese momento había sido aplicado en algunos casos, sin contar con lineamientos en cuanto a su técnica o aplicación. Ana Freud consideraba que en los niños el desarrollo de la neurosis de transferencia se encontraba imposibilitado, además de contar con un superyó demasiado débil para efectuar el análisis.

Melanie Klein, consideraba en contraste que la neurosis de transferencia era posible en los niños, mientras se analizaran los impulsos negativos dirigidos al analista adecuadamente y no se cayera en el riesgo de reeducar al niño. Con respecto al superyó, mediante su experiencia clínica pudo confirmar que en niños de cualquier edad puede observarse su presencia (Klein, 1987).

Posteriormente Lacan realiza grandes aportes conceptuales al proceso de constitución del sujeto, aportando como elemento central durante dicho proceso su relación con el deseo. Para Lacan, el concepto de deseo se diferencia claramente del de necesidad. El primero es propio de cada individuo, no se encuentra regido por una cuestión filogenética, ni tiene que ver con la supervivencia o la adaptación.

El concepto de Otro desarrollado por Lacan, hace una distinción del otro con minúsculas. Al primero, lo sitúa en el campo de lo simbólico, haciendo una

diferenciación con el campo de lo imaginario, donde se sitúa el segundo (Capetillo, 1991).

Mediante la aplicación de estos conceptos, Mannoni incursionó en uno de los campos hasta ahora más descuidados, el psicoanálisis de los niños con debilidad mental. En un principio la debilidad mental era entendida como la simple incapacidad para llevar a cabo una función. Mediante el análisis de este tipo de casos, la autora define dicha debilidad como un síntoma, de un tipo de relación que se observa con la madre.

Al realizar esta aportación conceptual, el tratamiento no se limita a reestablecer la función mediante rehabilitación, es necesario entonces realizar una intervención modificando la relación que se establece entre la madre y el niño. En estos casos, el niño se encuentra a merced del lugar inconsciente donde la madre lo ha situado. (Mannoni, 1990).

CAPITULO 1

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL RETRASO MENTAL EN LA INFANCIA

1.1 Causas orgánicas

Coriat (2001), expone que la causa del sujeto no reside en lo orgánico. Para la autora, la gravedad del daño orgánico o incluso su existencia, no debería importar al psicoanalista. Define que el trabajo de un analista va orientado al deseo y el deseo no es orgánico. Centra más bien la atención en los pasos de la constitución del sujeto.

En el caso de los problemas del aprendizaje, los daños orgánicos pueden estar o no presentes. El elemento que es posible observar comúnmente es la falta de deseo por aprender, que los ubica en una imposibilidad por aprender, que es mucho más que la simple manifestación de daños a nivel orgánico en el individuo (Vergara, 2008).

Existe un grupo numeroso de psiquiatras que consideran el origen del retraso en lo orgánico y no conciben otro tipo de diagnóstico. Freud (citado en Coriat, op. cit.) no descartaba la parte orgánica, la definió como lo *constitucional*. Para él, era uno de los tres factores que junto con las influencias experimentadas en los años infantiles y los sucesos traumáticos, conforman las *series complementarias*.

Esta definición inicial de Freud sobre lo constitucional implicaba considerar más elementos que simplemente la parte orgánica. Sin descartar la influencia orgánica

en los casos de debilidad mental, para encontrar la causa de dicha debilidad en su totalidad, deben ser tomados en cuenta diversos factores.

Muiña (2009), considera factores que si bien son constitucionales, no son considerados orgánicos, ya que su origen es el de la historia familiar. Nos hablan de lo que se espera de un niño o del lugar que se le asigna por anticipado. Numerosos conceptos han sido desarrollados en este sentido: el deseo del hijo y del cuerpo imaginado por Piera Aulagnier. El mito familiar y el significante del sujeto por Ricardo Rodulfo, son algunos ejemplos que nos hablan de la amplitud conceptual de lo constitucional ante lo orgánico.

Coriat (2001), considera que para que un niño con daños orgánicos pueda constituirse en pleno sujeto del deseo, deben ocurrir los mismos procesos que en un niño orgánicamente normal, por lo que dicho daño no constituye un factor a ser tomado en cuenta por el psicoanalista.

La construcción del aparato psíquico ocurre durante los primeros años de vida, el tiempo transcurrido durante esta construcción no es comparable entre sujeto y sujeto, ya que los tiempos no son considerados cronológicos, sino de carácter lógico.

La importancia del tiempo real, radica en que la plasticidad del sistema nervioso central se encuentra presente únicamente durante los primeros años de vida. Durante este periodo ocurren cierto tipo de inscripciones que son la base de la formación del aparato psíquico, resultando muy poco frecuente lograr incorporarlas posteriormente al sujeto.

Existe un periodo de tiempo breve, donde el proceso patógeno aún no se ha instaurado en el sujeto ni dañado a fondo la plasticidad con la que cuenta el

individuo. Se devela entonces la necesidad de una intervención temprana, que permita diluir la aparición de pautas patógenas a tiempo, antes de que se instauren en el sujeto. Las intervenciones posteriores son posibles, pero se dificulta el avance y la obtención de resultados (Rodulfo, 2015).

1.2 Causas psicosociales

Melanie Klein (1987) había concluido que además de ser posible el análisis en niños, este no debería representar una variación importante al que tradicionalmente había sido aplicado en los adultos.

La etiología del retraso mental según esta perspectiva teórica debe buscarse antes del nacimiento: la brecha entre el cuerpo real del niño o su constitucionalidad y el imaginado por los padres es considerado de los primeros impactos significativos que recibe la familia, así como la constitución del lugar que el niño va a ocupar dentro de la familia. La imagen que genera este niño en los otros y la imagen que recibe como efecto de esas miradas, es muchas veces lo que nombra al niño (Muiña, 2009).

Al considerar muy importante si el niño fue deseado o no, sería necesario matizar la calidad del hijo como deseado para qué y en calidad de qué. Para el niño, ejercer su derecho a ser diferente, implica el asumir una función distinta para la cual se le ha pensado. Esto explicaría el estado de parálisis que se genera en el niño en esta situación (Rodulfo, 1989).

Este niño soñado tiene como misión resolver en su historia lo que la madre considera, no le fue otorgado, así como retrasar pérdidas. Al llegar un niño

enfermo, además del impacto inicial que genera en la madre, despertará situaciones anteriores no logradas e incapacitándola para que ella misma pueda satisfacer su problema de castración (Mannoni, 1990).

Rodulfo (1989) propone una clasificación sobre los destinos simbólicos del niño: fantasma, síntoma y falo. Advierte sobre el riesgo de considerar la existencia independiente de una sobre las otras, ya que coexisten.

En el caso del fantasma, el niño es tomado como una prolongación del cuerpo del Otro, ya sea en el caso de ser el sustituto de un hijo anterior muerto o una calca de uno de los padres.

La falización, implica que el niño obtenga lo que para la madre es aceptado y admirado. De esta manera, se posibilita el retorno de ese Otro al cuerpo de la madre sin dificultades. Esta posición facilita la consecución del niño como sujeto, no lo exime del conflicto, pero lo hace dueño de su conflicto y de la resolución de este. A diferencia de lo que ocurre cuando el niño ocupa el papel de síntoma, dando cuenta de la existencia de un trastorno en la dinámica familiar.

Dos elementos que fueron fundamentales tanto para Lacan como para Dolto en sus desarrollos fueron los conceptos de *sujeto* y *deseo*. Estos elementos son considerados fundamentales en tanto que describen la constitución normal del sujeto y aportaron en su momento nuevos elementos para ser considerados (Guillerault, 2005).

Uno de esos estadios contemplados en la constitución del sujeto es el del espejo, descrito por Lacan, donde se refleja ese niño que puede observarse entusiasmado y quien puede girar y observar la imagen de alguien que se encuentra junto a él.

Es en este punto donde el simbolismo del Otro, que hasta ese momento ocupaba algo imaginario, comienza a emerger.

Este resulta un momento propicio para que irrumpa Otro, que en ese momento está ocupado por la madre. Podría decirse que es el primer modo de Otro que se constituye en el sujeto (Peskin, 2003).

Parte de la constitución normal del sujeto, consiste en que el niño se separe del deseo de los padres, Peskin considera que la alteración en este proceso acarrea problemas graves en el niño.

Dolto planteó posibles alteraciones en la estructura simbólica del sujeto con discapacidad, debido a que las figuras parentales no responden del mismo modo que con un niño sin retraso en el desarrollo. La comunicación de los padres con el niño que presenta retraso es cuerpo a cuerpo, carente de verbalización. Al encontrarse totalmente enfocado en sus necesidades básicas, esta situación no hará más que deshumanizar a ese niño (Hormigo, Tallis y Esterking de Chein, 2006).

Mannoni (1987), reconoce la importancia de la verbalización en el proceso de la aparición de la angustia en el sujeto, tras haber sido marcado en el plano simbólico. Este proceso que puede ocurrir en diversos momentos de la historia del sujeto, ocurre por la exposición de éste a acontecimientos y sobre todo a palabras. Tanto palabras dichas, que el sujeto intenta olvidar; como palabras no dichas, donde el sujeto las buscará por diversos medios.

Tras un trabajo clínico significativo, Mannoni considera de vital importancia para la comprensión del origen del retraso mental en el niño, buscar el sentido que tiene

para la familia dicho retraso, en especial para la madre. Al observar al niño en un entorno y comprenderlo en una situación, donde de manera inconsciente adopta el papel que le han impuesto sus padres a su debilidad, ha realizado grandes aportaciones al abordaje de esta situación.

Rodulfo (1989), concuerda con la importancia de considerar el mito familiar, que es el conjunto de significantes que son propios de la familia. El mito familiar constituye más que el contexto donde se desenvuelve el niño, para develarlo, debemos indagar en el sentido que para la familia tienen actos, dichos y normas, que en su conjunto lo constituyen.

Es en el plano fantasmático, donde lo que no ha podido ser resuelto por la madre al nivel de la prueba de castración será vivido por el niño, carente de defensas para romper con esa relación dual con su madre (Mannoni, 1990).

Entendiendo que los niños con retraso mental o daños orgánicos son más susceptibles a desarrollar este tipo de relaciones fantasmáticas con sus madres, entonces el nacimiento de un niño con daño orgánico no implica necesariamente la instalación de una patología en su estructura subjetiva. Del mismo modo, la autora describe casos de niños sin trastornos orgánicos, que presentan niveles similares de patología psíquica o en su nivel de inteligencia, que en individuos que sí los tienen. Es muy importante mencionar que las carencias afectivas prolongadas y sobre todo las carencias precoces, pueden ser constitutivas para el retraso mental o patología psíquica en niños orgánicamente sanos (Muiña, 2009).

Pernicone (2001), lo ejemplifica de manera muy clara en el caso de Matías: Un niño de 7 años que presentó anoxia por tener cordón umbilical corto. Cuenta con secuelas en su cuerpo y déficit en sus funciones, pero el grupo interdisciplinario de especialistas que lo atiende coinciden que el daño orgánico no justifica tal

detrimento en las funciones. Durante una terapia de juego propiciada por una terapeuta ocupacional, el analista pudo observar como la terapeuta proporcionaba a Matías un juguete de un conjunto que se encontraba frente a él. Toda esta dinámica propiciada porque ante el ofrecimiento de la terapeuta para que Matías los tomase, la respuesta de Matías era de interés, pero no alcanzaba a atinar sus movimientos para asir algún juguete.

El analista le indica al niño por medio de la verbalización que observa el deseo de Matías por tomar un juguete, que sería bueno que lo hiciera por sí mismo, ya que él tiene manos propias para poder tomar esos objetos. El niño, ante un nuevo ofrecimiento de la terapeuta, toma el brazo del analista para que le alcanzara el juguete que Matías deseaba. El juego se repite hasta que el analista le comenta a Matías que comprende que está usando sus manos como si fueran las de Matías, que el niño tiene sus propias manos y puede usarlas. Para el asombro de ambos, el niño toma un juguete y se lo ofrece a la terapeuta ocupacional.

Al analizar la situación, concluye que lo que se encuentra afectado es la imagen del cuerpo del niño como propio o autónomo. Lo define como una expresión de una extrema dependencia del cuerpo del Otro.

1.3 El retraso mental como síntoma

En primer lugar es muy importante no reducir el concepto de síntoma, utilizado comúnmente en la práctica analítica; al utilizarlo en variantes psicoterapéuticas, que se basan en evaluaciones estandarizadas, cuyo paradigma es el DSM (Peskin, 2003).

Dolto (1997), considera al síntoma como una solicitud o un requerimiento, mediante el cual se pretende obtener una explicación por parte del analista de lo que está sucediendo.

Freud definió al síntoma al considerar dos características fundamentales: la primera como un signo y la segunda como un reemplazo de un instinto no satisfecho, todo esto resultado de un proceso de represión.

Por medio de este proceso de represión, el Yo logra mantener lejos de la conciencia el impulso instintivo que se ha convertido en displacer, debido a que no se ha logrado satisfacer. A pesar de mantenerse lejos de la conciencia, mediante un proceso analítico, es posible dar cuenta de que estas construcciones persisten de manera inconsciente (Freud, 1970).

Peskin (2003), coincide al considerar al síntoma como un elemento estable que permite establecer un diagnóstico de manera certera. Considera al síntoma como una metáfora, ésta implica la sustitución del nombre habitual de una cosa por cualquier otro nombre. El análisis de esta sustitución nos daría cuenta del nivel de la represión existente.

Profundiza en el tema al considerarlo un excelente indicador para determinar del avance en el proceso psicoanalítico. Sin embargo, advierte que no debe ser el centro de nuestra atención y mucho menos el lugar por donde debe intervenir. Coincide con Dolto (op. cit) al considerar que en el psicoanálisis el objetivo no es tratar el síntoma, ya que no es otra cosa que una construcción inconsciente que se ha generado por diversos mecanismos, principalmente represión.

Freud (citado en Peskin, 2003) define a la represión como el desalojo de una representación o la sustitución de esta, ya sea por otra palabra u otra representación.

El autor realiza un análisis de los diversos síntomas, al considerar que su naturaleza varía de acuerdo a las diversas estructuras psíquicas.

En el caso de la histeria el síntoma es la conversión, lo que implica que el significante actúa de manera particular en el cuerpo. Es finalmente una sustitutiva de la representación inicial que está siendo reprimida.

En el caso de la psicopatización, no se realiza una sustitución simbólica, es el propio cuerpo el que actúa como sustitución forzada, en lugar de un significante.

En la neurosis, la sustitución simbólica representa una falsa metáfora. A diferencia de la psicosis, donde no hay sustitución, se realiza una resustitución. En este caso el síntoma es un delirio de aquello que fue rechazado o repudiado, existiendo una alucinación.

La perversión, implica la positivización de una ausencia producida por la castración. Se establece un reemplazo, que sustituye algo que ya no falta. Finalmente es un objeto o componente imaginario que mengua esa falta no tolerada.

Mannoni (1987), realiza un análisis de casos descritos por Dolto y Freud, observa que a través del síntoma, los niños remitidos a la terapia analítica se encuentran en búsqueda de una *palabra verdadera*, que no es otra cosa que la verbalización de su deseo.

Este concepto resulta de especial interés para la comprensión del síntoma y del papel central que posee la verbalización en este proceso. Es al no poder significarse en este campo de la verbalización, cuando el síntoma expresa lo que no fue posible decir. El síntoma resulta ser una especie de mensaje que posee un código propio, que nos remite a un momento donde fue también por medio de una palabra por la que ese niño resultó marcado.

Esa marca es consecuencia de una palabra que oculta una verdad, lo que lastima al niño es que le haya sido expresada por el adulto una mentira disfrazada de verdad, que lo bloquea intelectualmente. Para el niño, el emprender la búsqueda de la palabra verdadera no le resultará fácil, ya que implica formular la pregunta que le devolverá dicha palabra. Es una palabra que no ha sido dicha y por lo tanto ha sido ocultada, porque remite sistema de referencias propio de la madre.

La manera más sencilla que encuentra el niño para introducir dicha pregunta es el desorden en su comportamiento, estando dispuesto incluso a mentir con tal de que le sea devuelta la palabra verdadera.

Dolto (1997), expone la importancia de ir más allá del tratamiento del síntoma al ejemplificar el caso de un niño catalogado con retraso mental y escolar. Al lograr la cura del niño y cesar el síntoma, los padres interrumpen el tratamiento, al considerar que este se encontraba completo. Al devolversele la inteligencia a este niño, en un medio donde no había sostén de una imagen paternizante, donde por lo tanto, no hubo una castración con posibilidad de hacer simbolizar sus pulsiones, se devuelve a un niño a un medio donde carece de elementos para constituirse en sujeto.

CAPITULO 2

LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN DEL NIÑO ESPECIAL CON SUS PADRES

2.1 El niño especial y sus padres

A partir del momento en que se confirma la llegada de un miembro con discapacidad a la familia, se genera una crisis, debido a que los miembros de la familia normalmente no son capaces de afrontar la situación con los recursos habituales.

Estas crisis inesperadas representan tanto una oportunidad para el desarrollo de sus integrantes, como una posibilidad de generar problemas vinculares entre sus miembros.

Es importante para los profesionales de la salud, conocer los factores de riesgo e identificar los elementos que hacen que ciertas familias sean más propensas a no contar con estrategias adecuadas o suficientes para hacer frente a esta situación (Nuñez, 2003).

La relación entre los padres y su hijo se encuentra marcada normalmente por resistencias y deseos hostiles. En caso del padre, suele rendirse pronto y permanece al margen de la situación. En el caso de la madre normalmente da muestras del amor propio de una madre hacia su hijo, sin embargo, es frecuente que los sentimientos de ambivalencia prevalezcan.

Aunque casi siempre las madres no puedan tomar conciencia de ello, la expresión en el discurso del miedo a que el hijo muera o la idea de que esto sucederá pronto de alguna manera, son indicadores de los deseos hostiles presentes en la madre hacia su hijo. La expresión de este tipo de deseos resulta central para que no se desarrollen síntomas o se propicie la aparición de accidentes (Pernicone, 2001).

No todos los casos suponen el mismo desarrollo, existen diversos factores que influyen en si la llegada de un hijo discapacitado supondrá desarrollo o trastornos para los miembros al interior de la familia.

La historia individual de cada miembro, el abordaje de situaciones de duelo anterior, los sistemas de creencias de la familia, el lugar asignado al niño y el nivel de expectativas puesto en él, son factores de suma importancia que influyen en el curso que tomará la llegada del miembro con discapacidad en la familia (Nuñez, 2003).

En el caso del padre, normalmente ejerce un rechazo afectivo y la negativa para ofrecerse como una figura identificatoria para el niño. Esta situación resulta en una carencia clara para el niño al momento de salir del Edipo. Surge la pregunta: ¿Cómo supera el Edipo un niño que no puede ubicarse en la posición de padre en un futuro?

El papel del padre normalmente resulta en un elemento más que fomenta la imposibilidad de que el niño salga de una relación dual con su madre (Silberkasten 2006, citado en Muiña, 2009).

Es frecuente observar el surgimiento de fantasías, tanto, en el caso de los niños como de sus madres. Representa una búsqueda de sentido o simbolización, ante

la imposibilidad de lograrlo, debido a la ausencia del significante paterno (Mannoni, 1990).

2.2 La relación fantasmática del niño especial con su madre

Al confundirse el deseo del niño con el de la madre, ellos comparten una misma historia, que se encuentra sustentada en el campo fantasmático de la madre (Mannoni, op. cit.).

La debilidad del niño, encuentra un sentido al representar una historia familiar, que es generada incluso antes de la existencia de los protagonistas. Los significantes y lo no logrado en la familia, va siendo transmitido de generación en generación por sus miembros.

Al efectuar un análisis de esta naturaleza, es muy importante recabar información de los niños y de los padres, ya que el clima que agudiza la debilidad del niño se genera antes de su nacimiento. El papel que éste asume dentro de un plano fantasmático es el que le otorga la madre: es el de menguar la angustia materna, siendo un objeto carente de deseos.

Socialmente existe un consenso en la idea de que la deficiencia mental implica una imposibilidad por ser independiente y construir una vida guiada con base en un deseo propio. Son considerados distintos en cuanto a la interacción que deben de recibir, siendo relegados comúnmente a vivir tras el deseo y el discurso de su madre (Silos, 2014).

Esta relación fantasmática inicia desde el momento en que la madre anhela a un niño, evocando en este acto algo perdido dentro de su propia infancia. Al nacer, este niño genera en la madre la primera sensación de decepción, al encontrarse separado de ella y no ser uno mismo.

Esta sensación se desplaza por la idea de que el niño pueda representar la oportunidad de curar esas heridas y sentimientos propios de decepción, existentes en el plano fantasmático.

Al encontrarse destinado el niño a satisfacer los conflictos no resueltos por la madre, se encuentra entonces orientada su razón de ser a la madre y no a sí mismo. Más allá de los deseos o heridas que el niño pueda satisfacer, se gesta la incapacidad para que pueda lograr su autonomía, ya que esta supondría para la madre la ausencia de un objeto, creado en el plano fantasmático y con quien comparte su angustia. El niño sin saberlo ocupa un lugar, cuya finalidad es satisfacer el deseo de la madre.

Siendo el niño objeto de la angustia materna, lo que no se haya resuelto en la prueba de castración por la madre, será vivenciado por el niño, cuyos síntomas tendrán como origen la angustia materna.

Al ser el niño incapaz de superar la prueba de castración, nos remitirá a la fijación del adulto en alguna etapa del desarrollo, así como a los mecanismos que han empleado como un intento de hacer frente a esa alienación en la que se encuentran (Mannoni, 1990).

Otra manera en la que el niño queda atrapado en este plano y lo manifiesta mediante su falta de deseo de aprender, es una verdad no dicha por los padres.

Lo no dicho forma parte del secreto, que queda fuera del alcance y no resulta simbolizable ni elaborable (Palma et. al., 2006).

Las posibilidades con las que se encuentra el niño ante esta situación son pocas: aceptar el discurso del adulto como una verdad o rechazarlo. Para el niño todo enfrentamiento con la ley, representada por los padres, resulta imposible y angustiante. La debilidad mental representa entonces, un refugio para este enfrentamiento (Silos, 2014).

En consecuencia, los intentos del niño por constituirse en autónomo son erradicados por la madre, para convencerlo y confirmarse sobre la incapacidad del niño. La consecuencia de ocupar un lugar distinto al asignado, muchas veces implicaría una crisis o la ruptura con la madre (Mannoni, 1990).

La posición del niño puede implicar tal vulnerabilidad ante el plano fantasmático de sus padres, especialmente en el caso de la madre, que los duelos no resueltos, marcas, lo no dicho y situaciones no resueltas en general por parte de los padres, acaban por definir el lugar que se le asigna al niño de manera inconsciente (Mannoni, 1987).

2.3 El papel del Otro en el lugar que ocupa el niño especial

El estadio del espejo, inicia cuando el sujeto, logra ver su imagen en un espejo. Al suceder, se establece una identificación que resulta ser estructurante para el sujeto, ya que es a través de esa imagen de un "Otro" que resulta ser él mismo, es cuando se logra establecer una relación de este organismo con su medio. Esta imagen inicialmente se encuentra fragmentada y logra integrarse, gracias a la

visión de este “Otro”, además la incorporación al plano simbólico. Esta imagen del yo integrado fue definida como el Yo ideal.

Para que el niño pueda constituirse como sujeto, debe ser falizado por la madre, debe ocupar ese lugar para la madre, ya que es el deseo presente en la madre lo que orilla al niño a establecer una identificación, con ese mismo elemento que su madre desea. No es compartir un mismo deseo, es la posibilidad de que el niño se identifique con un deseo presente en la madre, lo que instaura el surgimiento del propio deseo en el niño (Lacan, 2009).

Las fallas reiteradas en los encuentros con el Otro, las miradas y los gestos de este Otro, dibujan zonas marcadas por displacer para el niño (Oyarzabal, 2005).

Oyarzabal (op. cit.), realiza un análisis de los diversos casos de debilidad, concluyendo que pueden presentarse en cualquier estructura. El componente fundamental es la representación que se le otorga al niño en el discurso del Otro, ya que si su lugar en esta representación le impide reconocerse a sí mismo como sujeto, difícilmente será capaz de salir de esa condición.

Estos sistemas de oposición significativa son desplegados por parte del Otro con tal grado de complejidad lógica, que imposibilitan cualquier defensa del sujeto sobre lo que pueda ser enunciado sobre él. Es entonces cuando a una deficiencia mental se le añade una debilidad.

Esta situación representa una restricción en el sistema de oposición lógica para el niño. Las distintas versiones de este Otro con las que puede enfrentarse son diversas. Puede toparse con un Otro que adapte su discurso a su restricción, con la finalidad de ser comprendido, pero situándolo en la discapacidad finalmente.

En el otro extremo, puede toparse con una versión del Otro que lo escuche sin considerar su restricción, realizando entonces esta escucha desde un lugar distinto, que el niño no imagina.

Es común que los padres asuman una actitud de sobreprotección, imposibilitando la exposición a sucesos que propician la autonomía. En esta posición, difícilmente se superará esa relación dual, ni se asumirá el niño con un cuerpo propio o deseo propio (Oyarzabal, 2005).

En este punto se reconoce como un elemento esencial, que acabará por definir al niño, la reacción que sea capaz de emitir ante el lugar que se le asigna en el discurso del Otro.

Ante este lugar que proporciona el Otro al niño y a su deficiencia, podemos observar tres distintas posiciones o reacciones por parte de este sujeto:

- 1.- El rechazo en forma de delirio del débil mental.
- 2.- La aceptación de este discurso que lo representa como débil mental.
- 3.- Un deficiente mental que ha dejado de ser débil (Oyarzabal, op. cit.).

Derivado de la relación que se establece con el Otro, el niño se encuentra atrapado en un deseo y discurso ajeno, como consecuencia el niño no sabe y no desea hacerlo.

En este punto, la calidad de sujeto del niño se encuentra desmentida o negada, ya que se encuentra perturbado el sentido mismo de lo que es ser sujeto. Este

individuo es preso del deseo del Otro. De este modo piensa y cree de acuerdo a este Otro (Palma et. al., 2006).

La falta de conocimiento del niño o la ausencia del deseo de saber, le confiere atención y cuidados por parte del Otro, que generan un elemento que puede influir en la debilidad mental. Para el niño resulta difícil renunciar a la legitimidad que le proporciona la ignorancia, la protección que representa el no saber y la castidad que le confiere la inocencia (Paín 1983, citado en Palma et. al., op. cit.).

Estos individuos prefieren no saber, sobre la historia que los precede, que es su propia historia, aun cuando es esa historia lo que los ha determinado.

En el deseo de saber y conocer, se reconoce un elemento importante: para que el deseo se instaure, para que algo pueda ser deseado en general, debe percibirse un faltante. Cuando el deseo se satisface, es dirigido hacia un nuevo objeto, lo que mantiene este proceso ocurriendo de manera continua.

Generalmente los niños y adolescentes estudian y aprenden para satisfacer a sus padres y profesores, obteniendo reconocimiento en consecuencia. Es frecuente que esto no implique un deseo por parte del sujeto, ya que al cumplir con la exigencia, se dirige el tiempo a otra actividad pasiva, que no implique generar conocimiento, como ver la televisión o leer historietas.

Para que esta pasión por saber y aprender se instaure en el sujeto, e incluso los ideales mismos de los padres, el sujeto debe observar un deseo en los padres para poder identificarse con el deseo mismo.

La observación de una patología del aprendizaje debe ser realizada centrandó la atención en la relación entre el sujeto, la familia y el medio social. Los elementos a tomar en cuenta son: las funciones que cumple el secreto o lo no dicho, el tipo de comunicación que se establece con lo desconocido, cómo se significa el aprender, el espacio dado para pensar y la valoración que se ha establecido a las preguntas en el medio familiar.

Para que este conocimiento o aprendizaje se construya, es necesario el conocimiento del Otro, que se transforma con el saber y con las vivencias personales. Las preguntas formuladas y la posibilidad de ser respondidas, representan el saber que se tiene y también el medio para transformar el saber del Otro (Palma et. al., 2006).

No solamente resulta grande la influencia del Otro en el niño, resulta definatoria en los casos de deficiencia mental. Desde el inicio es necesario un Otro para que el sujeto se constituya, partiendo de la dependencia que al nacer presentamos. Es posteriormente, tanto en el plano real como en el simbólico donde el Otro y la actividad del juego, constituyen un papel definatorio para la constitución del sujeto, incluyendo sus funciones psíquicas superiores (Bruner et. al., 2012).

CAPITULO 3

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA EN EL NIÑO CON RETRASO MENTAL

3.1 La angustia en el tratamiento

La angustia aparece durante la relación transferencial, posee una relación directa en cómo se encuentra situado el sujeto con respecto al deseo del Otro. El analista no debería de desear nada, al ser así, sitúa al sujeto frente a su propio mundo fantasmático.

Un elemento que caracteriza a la angustia, es la ausencia de la palabra como mediador. La incapacidad de verbalizar resulta el elemento que mantiene presente a la angustia (Mannoni, 1990).

En el caso del débil mental, funge como testigo de esta angustia, una angustia que él mismo provoca. En el analista se busca una respuesta a esta angustia generada desde la madre, donde el padre no sabe qué hacer con ella.

Al representar el analista para cada uno el lugar del Otro, es posible que surja la angustia de esta posición, es muy importante que el analista conozca las reacciones que se generan por su proceder tanto en el niño como en los padres.

La posición del analista debería ser la de no resultar afectado por la angustia, que se busca depositar en alguien. Esta angustia parental se encuentra colmada de

culpa, ya que corresponde a alguien, la responsabilidad del arribo de este niño que presenta una anomalía. La existencia de un sentido a esta angustia y al sufrimiento, permite una salida, donde la experiencia puede ser sublimada o puede representar para los padres alguna expiación de algún tipo.

Un elemento que se describió de suma importancia para modificar la relación objetal establecida entre una hija y su madre, fue la elección de un objeto amoroso por parte de la hija. En estos casos, donde la hija ha sido diagnosticada con debilidad mental, la aparición de ese deseo de tener un hijo y enamorarse por parte del sujeto, produce angustia en la madre, quien actúa de manera sobreprotectora.

La reacción de la madre ante la angustia es suspender a la hija en un periodo de latencia, condenándola a una infancia eterna. En el discurso de la hija se observa un claro sentimiento de insatisfacción, un rechazo por parte de la hija a formar parte de la madre. La hija es capaz de cuestionar la relación con su madre, orientada a defender su deseo. Al preguntarse quién es ella como mujer, puede observarse el deseo de la hija por constituirse sujeto deseante.

Analizando el discurso de la madre es posible observar como desea en lugar de su hija, porque la considera de su propiedad, por eso debe cuidarla como un objeto. Ese es el lugar que la madre le otorga a su hija, el de un objeto que debe ser cuidado. Es la madre quien le otorga ese valor a su hija mediante el discurso.

Este elemento es muy importante y poco contemplado, ya que se concibe al débil mental en la posición de dependiente, no se cree que su área afectiva pueda ser dirigida a alguien más que no sea ese gran Otro.

En este caso, tanto el deseo de aprender como el de dirigir amor a una figura distinta a la madre eran truncados por la madre, con el argumento de la imposibilidad de la hija por realizarlos. La madre se expresa de la hija como incapaz y distraída. Cuando el motivo era la angustia que la búsqueda del deseo de la hija producía en la madre.

Al ir la madre cediendo ante el deseo de su hija, pudo observarse como el deseo de escribir se intensificaba en el sujeto al observar que su novio sí era capaz de hacerlo. Todo esto deriva en una rectificación subjetiva. Como parte de la sesión, el redactar una carta para el novio, pudo dar cuenta que la hija presentaba solamente dificultad, pero no incapacidad. El hacerla sentir segura es clave para hacer llegar al sujeto mucho más lejos de donde cree que es capaz, de donde lo había situado el Otro (Alfonso, 2010).

Es necesario que los adultos tengan la capacidad de aceptar la curación del niño. Este proceso resulta en una angustia importante, ya que el niño con su debilidad, protege al adulto y le proporciona un objeto donde depositar sus fantasmas. La curación del niño puede representar la pérdida de este objeto, generando sensación de pérdida o duelo (Mannoni 1990).

3.2 La Resistencia al tratamiento

El inicio de la resistencia en el tratamiento puede observarse cuando la madre dice querer a su hijo tal y como es, de esta manera no tendría sentido cambiar nada. En esta situación, el niño se encuentra en la posición de representar lo que para los padres no ha tomado sentido, que no ha sido verbalizado ni simbolizado; lo que permanece en la oscuridad (Mannoni, op. cit.).

La enfermedad del niño forma parte de una situación colectiva, funcionando su situación como soporte de la angustia parental, por lo que si se atenta como el síntoma, existe el riesgo de develar todo aquello que se encuentra encubierto en el síntoma, en general la ansiedad del adulto. Las reacciones ante la posibilidad de que la relación que mantienen con su hijo sea modificada frecuentemente son de rechazo por esta razón (Mannoni 1987).

El papel que juega la resistencia en el tratamiento es central para llegar a la verdad. Debido a que el discurso del sujeto debe ser liberado de la mentira que usa como disfraz. Resulta frecuente que se manifieste como quejas, principalmente de la madre, que es donde se genera la angustia. Este inminente logro de autonomía del niño resulta en una sensación de pérdida por parte de la madre, quien lo percibe como la pérdida de un objeto o incluso como la amputación de un miembro de su propio cuerpo.

Los avances del niño en gran medida son limitados por lo que los padres pueden soportar o concebir como un avance (Mannoni, op. cit.).

Ante el deseo de interrumpir el tratamiento, hay que indagar la angustia que pudiera estar involucrada, ya que pudiera ser la resistencia a la cura lo que se esté manifestando. Resulta muy importante aclarar entonces el verdadero cometido del psicoanalista, que no es simplemente hacer funcionar al individuo en su entorno, es el de insertar a este niño en el juego del significante.

En este contexto, tanto la madre como el hijo deben emprender un camino hacia una autonomía recíproca, que les permita la constitución del niño en sujeto.

Al ocuparnos del niño, nos ocupamos en gran parte de algo existente antes del nacimiento de este niño, es una historia que encuentra a donde el sujeto llega a formar parte asumiendo un papel (Mannoni, 1990).

Además de determinar el lugar que este hijo ocupa dentro del plano fantasmático de sus padres, también será de vital importancia percibir el lugar que le otorgan al analista y conocer los efectos imaginarios producidos por su proceder con su hijo. Las interrupciones durante el tratamiento se deben en gran medida a este punto (Mannoni, 1987).

El papel del analista es el de tomar el papel del Otro para cada uno, por lo que debe ser consciente de que se encuentran presentes no solo la resistencia del sujeto y del analista, sino también la de los padres.

El analista mediante su intervención desde esta posición, permite dar un sentido al discurso de los padres del niño (Mannoni, op. cit.).

3.3 Transferencia

En la transferencia resulta de suma importancia ser capaz de identificar el elemento simbólico presente en la relación transferencial. En los casos de análisis de niños, no solo entra en juego la transferencia del niño, se suma la de los padres. Las reacciones de estos, resultan parte del síntoma del niño y por lo tanto de la cura. El riesgo de que surja la angustia en el analista a partir de estas reacciones, imposibilitando así la neurosis de transferencia, es grande. Por lo que debe prestarse especial atención a este punto (Mannoni, op. cit.).

Es necesario ser conscientes del riesgo latente que implica interrumpir el tratamiento demasiado pronto. Esto supondría no haber realizado un análisis de la

transferencia con la profundidad adecuada, ante la presencia de avances que den cuenta de una aparente readaptación del individuo.

En este punto debe observarse si la dependencia con respecto al Otro continua presente, de ser así, continuará la parálisis de este individuo. Esta rigidez obsesiva es producto de no atender lo central, que para el sujeto representa la demanda y el deseo (Mannoni, 1990).

La meta del tratamiento psicoanalítico gira entonces, en torno a llegar a conocer sobre la relación que mantiene el individuo con su propio orden simbólico. Este universo simbólico también llamado inconsciente, se devela de manera paulatina durante la cura, teniendo como herramienta de acceso primordial la palabra (Evans citado en Alfonso, 2010).

Al reestablecer un flujo de intercambios subjetivos que se encontraba impedido y facilitar la búsqueda de sensaciones placenteras con respecto al Otro, se realiza durante el análisis la apertura de salidas saludables para el sujeto. Se puede decir que se reestablece la función estructurante del Otro en el niño (Muiña, 2009).

Al ubicar a este niño en un lugar donde posea un cuerpo y un deseo propio, distinto al de su madre se posibilita la identificación con el agresor, en ese punto es posible observar que el síntoma cede. El síntoma no se encuentra presente en la transferencia, porque se encuentra en otro lado.

Lo que se encuentra en juego en la relación madre – hijo, es evidenciado durante la relación transferencial y no se limita únicamente a la presencia del padre patógeno, también incluye a la situación educativa muy particular en la cual se encuentre inmerso el niño.

La transferencia no se reduce a una simple relación interpersonal, en realidad lo que se encuentra oculto es la verdad, que debe ser revelada. Esta verdad debe ser buscada en todo lo relacionado con el deseo para la madre, es sus distintas formas de identificación.

A partir de introducir en la transferencia la relación madre – hijo, es posible que se produzca una catexización narcisista de la madre y será el significante lo que permitirá a la madre tener una nueva posición en relación con sus problemas fundamentales, sin incluir al niño, en una nueva relación con el Otro.

En la situación transferencial puede apreciarse que el niño no es el único marcado, los padres resultan marcados debido a la enfermedad orgánica del niño en función de su propia historia.

El compromiso del niño con la terapia sólo sucederá si tiene la certeza de que los intereses que se encuentran en juego son los de él y no los de los padres.

Esa prohibición de salir de ese estado de alienación del deseo materno, se establecen sustitutos significantes. Esto repercute en la ausencia de una dimensión simbólica con respecto al acontecimiento real. Esto es producto de la ausencia de una palabra sensata, verdadera por parte de los padres.

La palabra no solamente posee efectos estructurantes, también las palabras o su ausencia pueden producir un efecto de falta de sentido, imposibilitando la introducción de una dimensión imaginaria. El objetivo de la cura es introducir esa dimensión imaginaria a través del lenguaje.

El proceso de identificación ocurre de manera inconsciente, ya que el sujeto no se da cuenta de con quién está ocurriendo esa identificación, la pregunta sobre ¿Quién es él? debe realizarse desde la posición de Otro, ya que es la mirada del Otro quien le proporciona este lugar. Si este proceso no pudiera ocurrir y no fuera capaz de percibirse en los ojos del Otro debido a que se percibe un deseo inconsciente de muerte, es cuando se presentan las dificultades para establecer una relación imaginaria.

Al devolverle el Otro un deseo inconsciente de muerte al niño, este pierde los puntos de referencia identificatorios, ya que no puede captarse ni reconocerse en esa mirada.

El trabajo del analista en este sentido sería operar desde el lugar del Otro devolviendo una palabra verdadera. Es introducir lo que hace falta en la relación con la madre. No se trataría entonces de ajustar la interacción entre el niño y el analista, sino de reconciliar su relación con el lenguaje. Se trata de reconocer lo que en el discurso de la madre no ha sido reconocido, el deseo del Otro. Se integra al niño a la ley del lenguaje, donde la palabra posee un papel estructurante que abre la puerta a la introducción de la dimensión de lo imaginario.

Al presentarse inicialmente el niño como el Otro imaginario de los padres, es frecuente observar en el curso de la transferencia diversas reacciones de duelo y persecutorias, con el surgimiento de la existencia del niño como un sujeto distinto a sus padres (Mannoni, 1987).

Al distinguir las fantasías del niño y de la madre se incita al niño a buscar un lugar propio dentro de esta historia, entrañada generaciones atrás, donde se encuentra inmerso en un lugar que no fue elegido por él (Mannoni, 1990). La inscripción de significantes primordiales en el niño y su correcto funcionamiento dependen en

gran medida de su presencia en el Otro, aunque ésta no garantiza su instauración en el sujeto para vivirlo de manera propia y no solo como un eco.

Una de las ventajas de la intervención temprana es la posibilidad de afianzar esta inscripción, aun cuando este proceso haya sido afectado por las condiciones en las que ha vivido el niño, resultando incluso en una incapacidad por admitirlos o que operen en el sujeto (Bruner, 2012).

La intervención temprana posibilitaría que pueda encontrarse un significado o un sentido, que el niño sea capaz de nombrar esa marca que lo limita y lo define (Bruner et. al., 2012).

Las condiciones en las que se encuentra inmerso el sujeto entonces resultan definitorias para que los procesos de consecución del sujeto se lleven a cabo. Resulta obligatorio su análisis e incidencia en este sentido.

Los encuentros sostenidos en la infancia con el Otro y Otros significantes, conforman la base para que se establezcan el lenguaje y sus leyes. Junto con lo real orgánico y las funciones imaginarias del yo, permiten que estas funciones operen de manera propia, con base en un deseo propio.

El valor del juego es inestimable en la clínica psicoanalítica, tanto para la instauración como para la puesta en marcha de los significantes primordiales en el sujeto, sencillamente porque el juego, se encuentra hecho de lenguaje. El niño es el responsable de este proceso de incorporación del lenguaje consagrando su presencia en diversos objetos (Bruner, op. cit.).

Coriat (2001), coincide en considerar de suma importancia en el tratamiento el juego, por su valioso papel estructurante. Lo considera la más poderosa herramienta clínica. Investigaciones posteriores como la de Bruner et. al. (op. cit.), se han enfocado en determinar la influencia que existe en el juego en la constitución subjetiva durante la infancia y la relación que guarda con las funciones psíquicas superiores. Estas funciones que se encuentran agrupadas en sistemas contribuyen a observar la coyuntura entre lo psíquico y lo biológico, en relación con el medio del sujeto.

El juego para el niño implica la invulnerabilidad del Yo, ya que se encuentra protegido por la irrealidad de la actividad. No obstante, mediante el juego es capaz de experimentar desde decepciones y derrotas hasta las más grandes batallas y conquistas, sin que la presencia de daño real o imaginario se encuentre presente. Todas estas hazañas y desventuras vividas por el niño durante el juego no pueden dañarlo, ya que se encuentran ante un límite simbólico, es sólo un juego (Bruner, 2012).

Freud (citado en Bruner et. al., 2012) ya había definido el valioso papel del juego en la infancia. Para el niño, el juego es una oportunidad de crear un mundo propio, con reglas propias, donde puede insertar cosas de su medio en un orden que a él le guste. Lo contrario del juego no sería entonces la seriedad, sino la realidad.

Durante el juego, tanto los juguetes como el juego, forman parte de los objetos del niño y nos develan la posición del niño con respecto al deseo del Otro primordial, nos hablan de él.

Cuando el juego no se encuentra presente en el niño, el trabajo terapéutico debería de encontrarse orientado a conseguir en transferencia, la construcción de elementos que permitan situar a un niño en el juego, su contexto y la infancia.

Uno de las tareas fundamentales del psicoanalista durante el trabajo clínico, será la de definir el marco dentro del cual se desarrolla el juego significativo. La formación de este marco durante la infancia es lo que produce que lo real y lo imaginario no sean equivalentes.

Si las condiciones en la temprana infancia no son adecuadas para la inscripción del juego ni de su marco simbólico en el sujeto, ya sea por parte de él mismo o de Otro, se gesta la posibilidad de la aparición de debilidad en el niño (Bruner, 2012).

Winnicott (citado en Bruner et. al., 2012) conceptualiza la psicoterapia como una superposición de las zonas de juego del paciente y del analista. Cuando el juego no es posible, coincide en considerar como labor del analista el llevar al paciente a un estado en el que sea capaz de hacerlo.

El débil mental que logra dejar atrás esa debilidad, cuenta como sustento la construcción de una suplencia, en este caso de la metáfora paterna. Dicho de otra forma, han encontrado una forma de representarse en el discurso social, aunque para esto se tenga que recurrir al delirio.

Para poder anular esta restricción en el discurso originada desde el Otro, el analista deberá escuchar a pesar de lo que se le ha impuesto a esta persona, situándose él mismo en la posición del Otro (Oyarzabal, 2005).

Una correcta intervención psicoanalítica derivará en que el valor de lo real se asuma como indispensable como parte del juego y de la transferencia. La consecuencia será la existencia de un puente significativo que lleve lo real al nivel del significativo, que resulta entonces significable para el Otro. Este proceso gesta un escenario imaginario donde la infancia puede llegar a tener lugar (Bruner, op. cit).

CONCLUSIÓN

Las palabras pronunciadas por los padres y recibidas por el analista son deseos de muerte hacia el niño, que no son dirigidas hacia el niño real, sino hacia el Otro imaginario de alguno de los padres, es ahí donde se genera el peligro de suicidio por parte de los padres (Mannoni, 1987).

Escuchar al niño, brindándole la posibilidad de expresar su sufrimiento desde la posición de un sujeto y no de un objeto o un cuerpo que debe ser rehabilitado. Sería una de las premisas fundamentales sobre la que se desarrolla este trabajo. Desde esta posición, no existiría un psicoanálisis para el discapacitado, sería un psicoanálisis para todo quien necesite hablar y ser escuchado.

Se reconoce que la resistencia más dura con la que se enfrenta en este tipo de trabajo terapéutico es la del propio analista, sostener la transferencia no es sencillo, sobre todo en casos donde la muerte y la castración se observan muy de cerca.

Es muy importante reconocer las reacciones que se generan en el propio analista al realizar esta labor y verse cara a cara con el cuerpo de los niños y el sufrimiento de los padres.

Estas reacciones en el analista le llevan a cuestionarse sobre su propia posición. Si el analista se cuestiona y se cuestiona bien, se está formando de manera adecuada. Es una cuestión de posición ética. El psicoanalista que deja de cuestionarse es un psicoanalista que deja de cumplir con su función (Pernicone, 2001).

Coriat (2001), coincide en considerar que la intervención psicoanalítica debe de realizarse como cualquier otra, pero precisa que ésta debe llevarse a cabo en un marco de trabajo interdisciplinario, donde sean atendidas necesidades del individuo que no son propias de ser atendidas en la consulta analítica.

Implica reconocer la importancia de distintos elementos que tienen que ver con el retraso mental, incluyendo la parte orgánica, donde no existe labor que realizar por parte del psicoanalista. Los progresos significativos, tienen que ver con la constitución del sujeto y su autonomía, todo esto tiene lugar en un plano simbólico y tienen que ver con el surgimiento del deseo.

Resulta del mismo modo poco importante la estructura sobre la cual se desarrolla esa debilidad, siendo mucho más importante para los usos en este contexto analizar el sistema de relaciones en el cual se halla inmerso el niño (Mannoni, 1990).

El análisis de niños no solo resulta posible sino necesario, ya que es posible curar la psicosis, las malformaciones de carácter, las neurosis obsesivas, las inhibiciones del desarrollo y las conductas antisociales. Todas ellas pueden ser curadas mientras el individuo es todavía joven, no siendo posible la intervención en todos los casos en la edad adulta.

Resultaría imposible conocer el curso que tomarán estos desórdenes en años futuros, pudiendo desembocar en desordenes graves o conductas criminales, es preferible evitarlos con una intervención psicoanalítica oportuna.

Esta concepción amplía las perspectivas terapéuticas enormemente, no solamente a nivel individual o familiar, se establece una utilidad a nivel social (Klein, 1994).

Es necesario considerar durante la intervención, buscar el sentido de la debilidad del niño en la relación con su madre. Esto no implica reducir el tratamiento al dirigirlo únicamente a la madre, implicaría entender más bien que los elementos a tomar en cuenta para iniciar el tratamiento deben ser indagados también en la madre y en el lugar que ocupa su hijo para ella (Mannoni, 1990).

No todos los casos de debilidad mental se caracterizan por deficiencia o retraso, existen casos donde se encuentra presente la astucia. Es común observar casos de sujetos diagnosticados con retraso mental que cuentan con sorprendentes habilidades sobre todo numéricas. Siendo otro factor a tomar en cuenta para descartar las pruebas estandarizadas de inteligencia o el coeficiente intelectual como referente para emitir un diagnóstico sobre las capacidades de una persona (Noir, 2008).

Un elemento que resulta mucho más importante y que ha sido menospreciado es el hecho de que en la significación que recibe el niño a partir de sus padres exista la posibilidad de que exista un hijo distinto a ellos. Si esta condición ocurre, se encuentra sentada la base para que pueda constituirse un sujeto pensante, capaz de verbalizar un argumento que lo signifique. Se le brindan los elementos desde el Otro para que este proceso de construcción subjetiva del niño se lleve a cabo (Ghiotti et. al., 2015).

En la infancia lo simbólico no se constituye sin repetición. Los significantes se instauran mediante la lógica de la repetición, por lo que los problemas del desarrollo infantil deben ser abordados de manera singular, analizando el contexto y el momento histórico de cada individuo (Bruner, 2012).

Uno de los factores que anula la capacidad del sujeto de hacerse cargo de sí mismo es la predisposición de las familias a fungir como cuidadoras de esos hijos,

socialmente se ha asumido que es el papel que la familia debe de adoptar ante la discapacidad de un miembro de la familia, cuidarlo como un objeto (Alfonso, 2010).

La discapacidad por sí sola no representa un problema de estructuración psíquica, esto depende principalmente de la posición que ocupa el niño con respecto al deseo de sus padres.

En los pacientes donde no existe incluso ninguna dificultad orgánica, pero no logran valerse por sí mismos, existe un problema en la comunicación, pero no en un sentido lingüístico o fonético, en el sentido de la imposibilidad de establecer una significación afectiva con el otro.

El hecho de que haya alguien que demande adecuadamente y que al mismo tiempo represente a un Otro incompleto, que no lo sabe todo, faculta la aparición del lenguaje y de un sujeto deseante (Ghiotti et. al., 2015).

En estos casos, puede apreciarse el elemento que se encuentra afectado, que es la estructuración psíquica, En la medida que el sujeto no es nada, no se interesa por subjetivizar los objetos del conocimiento. No se interesa por saber ni por aprender (Palma et. al., 2006).

Si bien hemos enfatizado la importancia de la intervención contemple no nada más al sujeto en cuestión, sino que también sea buscado el sentido de la condición en los padres y en la relación que se ha establecido con ellos, es digno de mencionar que además de escuchar a los padres y tomar en cuenta su influencia, debemos incluir a la persona que sustituya el rol materno, ya que en gran medida recibe la angustia.

La situación donde se encuentra el niño no fue producida por él, más bien ha aceptado ocupar un lugar específico, que haría referencia a la problemática propia del adulto. La conducción de la cura supone un fuerte cuestionamiento a su propia situación, el progreso del niño se traduce para el adulto normalmente en un vacío, en una falta de ser y de sentido en la vida (Mannoni, 1987).

En los padres, la búsqueda de espacios donde su hijo pueda ser visto como un ser humano es vital, ayudando a que los padres sean verdaderamente conscientes de la discapacidad de su hijo. Que sean capaces de observar la frontera entre la discapacidad real que presenta su hijo y la neurosis (Silos, 2014).

En el campo de la transferencia resulta importante la relación imaginaria entre el analista y el paciente, la labor fundamental consiste en incursionar en aquella estructura que ya se encontraba elaborada incluso antes de su presencia y comprender que este fenómeno se gesta aún antes de la llegada del paciente al análisis. En la transferencia, el brindar un sentido por medio de la palabra a la resistencia fortalecería la dimensión simbólica, un elemento central para alcanzar la cura (Mannoni, op. cit.).

Freud (citado en Mannoni op. cit.), es quien descubre la valiosa vinculación entre la transferencia y la resistencia, entendiéndola como la dificultad para la expresión de un deseo inconsciente en el discurso del sujeto. Los problemas transferenciales en niños son especialmente elaborados, teniendo que superar la propia resistencia, sino la de ambos padres y las presentadas por el analista. Es en la enfermedad presentada por el niño y que se encuentra situada de manera tan específica en el mundo fantasmático de los padres, donde sucede un encuentro entre ellos y el analista.

Es dentro del proceso transferencial donde el analista, desde el lugar de un padre simbólico, emite un mensaje estructurante, que sitúa al niño fuera de los engaños

y lo no dicho por los adultos. En los análisis efectuados por Freud, la posición del sujeto ante el deseo surgió siempre a partir de la angustia en la transferencia.

Tanto en el fantasma como en el síntoma, el analista tiene un papel vital, el lugar donde debe ubicarse para lograr la puesta en marcha del discurso del paciente y su reposicionamiento ante puntos de referencia que surgen a partir de juicios de personas a quienes se les atribuye valor, como el de otros profesionales (Mannoni, 1987).

Este lugar donde debe ubicarse el psicoanalista implica ser consciente de que el niño, predispuesto a funcionar en un deseo ajeno al suyo, buscará en el yo del analista la posibilidad de continuar con la misma dinámica, que implica la ausencia de una estructura yoica fuerte y autónoma (Silos, 2014).

Este sería el centro del trabajo psicoanalítico y no satisfacer la demanda de los padres, que se presenta como la de arreglar un cuerpo incompleto o que no funciona; esto representa lo real, que no es campo de acción del psicoanálisis. Se presenta la necesidad de intervenir de forma interdisciplinaria, la discapacidad es compleja y existen elementos que pueden ser abordados fuera de la consulta analítica por diversos profesionales. El conocimiento se genera desde distintos frentes, es importante estar abiertos a la ampliación y profundización del conocimiento si se va a abordar el complejo tema del retraso mental (Ghiotti et. al., 2015).

La aplicación de esta teoría resulta especialmente valiosa en los casos de debilidad mental, ya que el centro de la intervención gira en torno al surgimiento del deseo en el sujeto, además de facultarlo a ejercer plenamente su condición de persona. En estos casos, resulta campo exclusivo del psicoanálisis abordar esta

situación, no existe otra perspectiva desde la cual pueda entenderse esta necesidad del sujeto de ser reconocido como persona.

El trabajo interdisciplinario debe contemplar el psicoanálisis para garantizar que los avances que se presenten vayan orientados a que el sujeto sea constituido en plenitud, de otro modo los avances que se generen serán mínimos, ya que la dinámica de dependencia continua presente.

El trabajo del analista no resulta sencillo, ya que además de enfrentar la resistencia de los padres, se presenta una falta de claridad en cuanto al objetivo que debe perseguirse en la psicoterapia. Si bien los padres se encuentran en busca de una rehabilitación de las funciones ausentes o alteradas por parte de su hijo, difícilmente se contempla su funcionamiento normal dentro de la sociedad.

En este sentido resultaría muy importante hacer conscientes a los padres del proceso que implica el trabajo analítico, sus metas y alcances. De esta forma, es posible ampliar concepto que tienen los padres sobre lo que su hijo puede lograr y prepararlos para afrontar los avances que se presenten sin generar resistencias y angustias.

El análisis de los casos de debilidad mental infantil, posibilita entender e intervenir en el plano simbólico, donde se encuentra el origen de la incapacidad de constituirse en un sujeto autónomo.

Este proceso no es distinto al que tiene que afrontar cualquier individuo, la búsqueda de independencia y de un deseo propio es algo que todos tenemos que enfrentar. Resulta entonces muy importante ser consciente de estos procesos, ya que esto nos sitúa en una posición de reconocer de nuestro propio deseo y nos

faculta a ejercer de manera plena nuestra condición de persona. Sólo de esta manera seremos capaces de fomentar el desarrollo y la formación de otro individuo autónomo, sea débil mental o no.

Este tipo de relaciones duales son más comunes, pero no exclusivas, de los daños orgánicos. Dichos daños orgánicos pueden considerarse entonces un factor de riesgo para el desarrollo de la debilidad mental y no la causa. Resulta de gran interés definir y analizar los factores de riesgo que propician la aparición de la debilidad mental, con la finalidad de elaborar programas de prevención de la discapacidad intelectual.

Un factor determinante para poder generar un cambio de percepción sobre los discapacitados mentales es la de difundir información sobre otros casos. El conocer los avances que se han obtenido y cómo se han enfrentado al proceso de exposición y desarrollo de su hijo, puede promover en otros este tipo de comportamiento.

Culturalmente se encuentra aceptado cuidar a un hijo débil mental como un objeto, donde se asume que la exposición puede dañarlo y hay que evitarla. Al conocer otros casos y su evolución, es posible que los padres opten por exponer a su hijo al medio, al entender que es un camino más conveniente para sus hijos y para ellos mismos.

No importando si uno es el padre, la madre o el analista, mientras el Otro limite la capacidad del niño, se le está condenando a ser lo que podemos concebir de él. Resulta entonces muy importante que los padres conozcan y sean conscientes de la importancia de las interacciones que se establecen con sus hijos en los primeros años de vida. En este caso debe de prevalecer el derecho a la

posibilidad de ese sujeto de constituirse como autónomo, a pesar de la angustia que este proceso pueda generar.

Este proceso de angustia que viven los padres, donde se busca limitar los avances del hijo hasta donde sea soportable para ellos, representa una forma de ver el retraso mental a nivel cultural. Si bien los padres y las figuras más cercanas se encargan de asignar un lugar muy específico al niño, a nivel social existe la percepción de que se encuentran expuestos y deben de ser cuidados debido a su incapacidad.

Las limitaciones del débil mental radican en el Otro. En la medida en la que tengamos como sociedad la capacidad de concebir a los débiles mentales como personas, con un derecho legítimo de desear y de materializar dichos anhelos, se posibilita el inicio del proceso de búsqueda de autonomía y de desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso, P. E. (2010). Estudio de caso Loren. Consultado septiembre 2, 2015, de Biblioteca digital Universidad de San Buenaventura, Colombia. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10819/345>
2. American Association on Mental Retardation. (2002). *Retraso Mental. Definición, Clasificación, y Sistemas de Apoyos. Libro de trabajo, 10a Edición*, Washington, DC. EEUU. MASSON.
3. American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed. revisada)*. Barcelona, España. MASSON.
4. American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed. revisada)*. España. Editorial Médica Panamericana.
5. Bruner, N. (2012). *La intervención psicoanalítica e interdisciplinaria temprana en la clínica de problemas en el desarrollo infantil, sus alcances y límites*. De Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.aacademica.org/000-072/731>
6. Bruner, N., Serritella, J., López, L., Merediz, C., Ojea, V., Kot, G. y Rodríguez, A. (2012). *Contribución del juego en la constitución subjetiva y*

en la formación psíquica de la memoria en la clínica de los problemas en el desarrollo infantil. Consultado septiembre 2, 2015, de Revista Psicoanálisis y el Hospital No 41. Junio 2012. Disponible En: <file:///C:/Users/Educaci%C3%B3n/Downloads/psicoanalisis%20y%20el%20hospital%20version%20final.pdf>

7. Capetillo, J. (1991). *El otro, lugar de deseo y de goce.* Consultado octubre 20, 2016, de Centro de Investigaciones Lingüístico Literarias. Universidad Veracruzana. Semiosis, enero-diciembre, No. 26-29. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/6451>
8. Coriat, E. (2001). *El psicoanálisis y los niños con problemas orgánicos.* Consultado septiembre 2, 2015, de Revista de psicoanálisis con niños. Disponible en: <http://www.fort-da.org/fort-da3/organicos.htm>
9. Dolto, F. (1997). *Niño deseado, niño feliz.* Barcelona. Paidós.
10. Fierro, A. (1982). *Tratamientos psicológicos básicos del retraso mental.* Consultado septiembre 2, 2015, de Papeles del Psicólogo. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=61>
11. Freud, S. (1970). *Inhibición, síntoma y angustia.* México. Grijalbo.
12. Ghiotti, M., Soler, E., Jasinsky, C., Dichiara, L., Garcías Gorne, M., Figueroa, J. y Vignola, M. (2015). *Mi hijo no habla.* Consultado septiembre 2, 2015, de Psicoanálisis y ciencia. Disponible en: http://www.psicoanalisisyciencia.unr.edu.ar/?page_id=1120

13. Guillerault, G. (2005). *Dolto, Lacan y el estadio del espejo*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
14. Hormigo, A.K., Tallis, J. y Esterking de Chein, A. (2006). *Retraso mental en niños y adolescentes*. Argentina. Ediciones Novedades Educativas.
15. INEGI. (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Cuestionario ampliado. Estados Unidos Mexicanos/Población con discapacidad. Consultado: enero 25, 2016. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
16. Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires. Paidós.
17. Lacan, J. (2009). *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. En Lacan, Jacques Escritos 1. México. Siglo XXI.
18. Mannoni, M. (1987). *El niño su enfermedad y los otros*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión.
19. Mannoni, M. (1990). *El niño retrasado y su madre*. Buenos Aires, Argentina. Paidós SAICF.
20. Martín, M. (2008). *El niño en su complejidad*. Consultado septiembre 2, 2015, de Psicología UNR clínica IA. Disponible en: <http://psicologiaunrclinicaunoa.blogspot.mx/2008/10/mara-martin.html>

21. Muiña, D. (2009). *Avatares de la constitución subjetiva en niños con retraso mental*. Consultado septiembre 2, 2015, de Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/102_infanto_juvenil/material/avatares_de_la_constitucion.pdf
22. Noir, L. (2008). *La viveza de los débiles mentales*. Consultado septiembre 8, 2015, de Revista imago agenda. Disponible en: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1552>
23. Núñez, B. (2003). *La familia con un hijo con discapacidad*. Consultado septiembre 9, 2015, de Sociedad argentina de pediatría. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/133.pdf>
24. Ortega, P., Torres, L. E., Reyes, A. y Garrido, A. (2012). *Cambios en la dinámica familiar con hijos e hijas con discapacidad*. Consultado septiembre 11, 2015, de Revista PsicologiaCientifica.com. 14(6). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/hijos-con-discapacidad-cambios-familia>
25. Oyarzabal, C. (2005). *Debilidad mental II*. Consultado septiembre 9, 2015, de Psyche Navegante. Disponible en: http://psychenavegante.net/index.php?view=article&id=1318&option=com_content&Itemid=203
26. Oyarzabal, C. (2012). *Tiempos marcados por la expulsión: el niño "débil"*. Consultado septiembre 2, 2015, de Revista Borromeo. Disponible en: <http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/ElNi%C3%B1odebilOyarzabal.pdf>

27. Palma, E. y Silvia, T. (2006). *De la subjetivación a la apropiación. Aportes del psicoanálisis a los problemas del aprender*. Consultado septiembre 11, 2015, de Revista de psicología de la Universidad de Chile. Disponible en: http://www.facso.uchile.cl/psicologia/epe/_documentos/articulos/de_la_subjetivacion_a_la_apropiacion.pdf
28. Pernicone, A. (2001). *El niño discapacitado, su cuerpo y las marcas que interrogan al analista*. Consultado septiembre 11, 2015, de Revista de psicoanálisis con niños. Disponible en: <http://www.fort-da.org/fort-da3/discapacidad.htm>
29. Peskin, L. (2003). *Los orígenes del sujeto y su lugar en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires. Paidós.
30. Ramírez-Escobar, J. M. (2007). *Hacia una ética de la escucha, la apuesta del psicoanálisis en la educación especial*. Consultado septiembre 11, 2015, de Revista Electrónica de Investigación Educativa, 9 (2). Disponible en: <http://redie.uabc.mx/index.php/redie/article/view/165>
31. Rodulfo, M. (2015). *Del paso de las formaciones autísticas a las psicóticas - Un estudio a través del dibujo*. Consultado septiembre 11, 2015, de controversias en psicoanálisis de niños y adolescentes. Disponible en: La clínica del niño y su interior. <http://www.controversiasonline.org.ar/dossier/RODUL.pdf>
32. Rodulfo, R. (1989). *El niño y el significante*. Argentina. Paidós.

33. Silos, S. A. (2014). *Viviendo el deseo de los padres*. Consultado septiembre 11, 2015, en La revista virtual de referencia única sobre el síndrome de down. Disponible en: http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=category&id=1391%3Aarticulo-profesional-el-deseo-de-los-padres&layout=default&Itemid=169
34. Tubert, S. (2000). *Sigmund Freud: Fundamentos del psicoanálisis*. Madrid. EDAF.
35. Vergara, M. (2008). *La construcción de deseo en el niño especial*. Consultado septiembre 11, 2015, en Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis». Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/298/287>