



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

AMBIVALENCIA EN CUIDADOS MATERNOS Y DISCAPACIDAD COMO
ELEMENTOS QUE DIFICULTAN EL DESARROLLO PSICOSEXUAL

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARALIZ DEL CARMEN BRINGAS GALINDO

TUTORA:

MTRA. ANA LOURDES TELLEZ ROJO SOLÍS.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

REVISORA: DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EXTERNO: DRA. MAGDA CAMPILLO LABRANDERO.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUPLENTE: MTRO. VICENTE ZARCO TORRES.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUPLENTE: MTRA. ROSA MARÍA RAMÍREZ DE GARAY.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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.

Agradecimientos

La presente investigación es el resultado concreto de mi estancia en el programa de Maestría con residencia en Psicoterapia para Adolescentes, que fue para mi vida tanto personal como profesional un parte aguas, ya que a través de ella pude adentrarme en el maravilloso mundo del psicoanálisis, que tanto me ha maravillado, por ello, quiero en este espacio, expresar mi enorme agradecimiento a:

Mi familia, mis padres: María de los Ángeles Galindo Vergara y Javier Bringas Barrios, que me dieron la vida y la libertad para vivirla a mi manera, mi hermana: Citlalin Bringas quien ha sido mi compañera de juegos y gran amiga, y mi hija: Melanie Jiménez Bringas que es mi motor y mayor motivación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme proporcionado una formación de la más alta calidad y la mejor de las acogidas como estudiante y profesional.

A CONACYT, por haberme otorgado la beca académica durante mi estancia en la Maestría.

A la Dra. Bertha Blum, cariñosamente Bony, por su siempre cálida atención, apoyo y disposición constantes a resolver cualquier inquietud que surgiera a lo largo del camino, así como todo su trabajo vertido en el diseño del plan de estudios para la residencia.

A la Mtra. Ana Lourdes Téllez Rojo por su acompañamiento, poniendo a mi alcance su experiencia y conocimiento, así como su calidez y disposición durante toda mi práctica como mi tutora, Gracias Ana, por estar siempre cercana y motivarme tanto.

A la Dra. Dení Stincer, a la Dra. Magda Labranderero y a la Dra. Eva María Esparza Meza por su apoyo en la revisión de este documento y sus valiosas observaciones.

Al Mtro. Victor Miguel Ruiz Castillo, por su escucha y excelente acompañamiento durante el proceso de desarrollo personal y profesional que este trabajo representa.

A todos y cada uno de mis Maestros en este programa de posgrado, que con su pasión y compromiso al ejercicio de esta hermosa profesión, dejaron en mí una huella imborrable y el constante e insaciable deseo por mejorar cada día mi práctica como psicoterapeuta.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
I MARCO TEÓRICO	7
Capítulo 1: Ambivalencia materna con hijos discapacitados	7
1.1 Relación madre – hijo	7
1.1.1 Funciones maternas:	8
1.1.2 Relación madre – hija.....	15
1.2 El impacto de las relaciones ambivalentes entre madre e hijo (a):	18
1.2.1 Hijo ideal “maravilloso” versus hijo real.....	18
1.2.2 Maternaje con hijos discapacitados	22
Capítulo 2: Adolescencia	27
2.1 Fases de la adolescencia	27
2.2 La adolescencia como un estado mental.....	30
2.3 Adolescencia tardía (Vicisitudes del proceso adolescente)	31
2.4 Tareas de desarrollo en la adolescencia	33
2.4.1 El cuerpo en la adolescencia.....	33
2.4.2 El adolescente y sus padres.....	36
Capítulo 3: La relación entre la psique y el cuerpo	44
3.1 La construcción psíquica del cuerpo	44
3.2 La vivencia del cuerpo discapacitado	56
3.3 La somatización como síntoma	63
II.- MÉTODO	70
2.1.- Planteamiento del problema	70
2.2.- Objetivos	73
2.3.- Supuesto General	74
2.4.- Definición de categorías:	74
2.5 Tipo de estudio:	75
2.6 Participante:	76
2.7 Instrumentos:.....	76

2.8 Procedimiento:.....	77
2.9 Consideraciones éticas:.....	77
III HISTORIA DE LA PACIENTE.....	78
3.1 Impresión personal.....	78
3.2 Motivo de Consulta.....	80
3.3 Historia Clínica.....	81
IV.- ANALISIS DE RESULTADOS.....	88
4.1 Evaluación de las habilidades intelectuales de Daniela	88
4.2 Los cuidados ambivalentes de la madre de Daniela, motivados por su discapacidad.....	90
4.3 Las dificultades de separación en el desarrollo psicosexual de Daniela agravados por su discapacidad la llevan a fijarse en una adolescencia tardía y a presentar síntomas somáticos como defensa ante la angustia de separación.	98
V.- Transferencia y Contratransferencia.....	113
VI.- Alcances del proceso terapéutico	117
VII.- Limitaciones del proceso terapéutico	119
Conclusiones.....	120
Referencias bibliográficas	124

Resumen

El presente trabajo aborda el vínculo ambivalente entre una madre y su hija adulta con discapacidad motora que psicológicamente es todavía una adolescente. Se analiza el impacto en el proceso de separación dentro del desarrollo psicosexual. Se trata de un estudio de caso de una mujer (Daniela), de veinticinco años, con un diagnóstico de hemiparesia derecha desde la edad de diez meses, que acude a consulta por sentirse deprimida tras una ruptura amorosa con su primer novio. El objetivo del caso fue analizar los efectos de los cuidados ambivalentes maternos frente la discapacidad motora de la hija, sus efectos en el proceso de separación, adolescencia prolongada y manifestaciones somáticas. Se realizó un análisis minucioso desde la evaluación previa hasta el fin del tratamiento, contando con el consentimiento de la paciente. El marco teórico en que se sustentó la intervención terapéutica y el análisis de la información fue el psicoanálisis en especial los aportes de Winnicott, Doltó, Carvajal, Bloss, Shorn y Mcdougall entre otros. El proceso terapéutico duró dos años, abriéndose un espacio cada tres meses para trabajar también con la madre. Tras descartar mediante la escala Weschler de inteligencia para adultos que hubiera alguna limitante intelectual para trabajar con ella utilizando un enfoque de corte psicoanalítico, se procedió con el tratamiento. Se descubrió que entre madre e hija existía una relación entre simbiótica y ambivalente, presente en los cuidados maternos desde que la paciente era niña. La paciente tendía a proyectar esa misma manera de relacionarse con otras personas en su entorno. La angustia de separación llegó a manifestarse mediante síntomas somáticos y conductas propias de la primera fase de la adolescencia. Hacia el final del proceso psicoterapéutico Daniela fue capaz de establecer relaciones amistosas, moverse sola en la calle, e incluso conseguir un empleo.

Palabras clave: Ambivalencia en los cuidados maternos, Discapacidad motora, Proceso de separación, Síntomas Somáticos, Adolescencia

Summary

The present work studies the ambivalent bond between a psychologically adolescent daughter with a motor disability and her mother. The paper is the case study of twenty five years old Daniela diagnosed with right hemiparesis from the age of ten months. Daniela started treatment after breaking up with her first boyfriend and feeling depressed. The purpose of the study was to analyze the effects of ambivalent maternal care as a result of the daughter's motor disability. We also analyzed the process of separation between mother and daughter, as well as Daniela's late adolescence behaviors and somatic manifestations. The theory used to carry out the therapeutic intervention and the analysis of the information was psychoanalysis, taking the contributions of Winnicott, Doltó, Carvajal, Bloss, Shorn and Mcdougall among others. The Weschler Adult Intelligence scale showed no intellectual limitation for using a psychoanalytic approach. The therapeutic process lasted two years. Every three months the mother attended the sessions. Detailed analyses of each session were performed. Through the analysis we concluded a symbiotic and ambivalent relationship between mother and daughter since childhood. This pattern was common in her other relationships. Daniela's separation anxiety manifested with somatic symptoms and teenage behaviors. Towards the end of the psychotherapeutic process, Daniela was able to have more friend, walk alone in the city and even got a job.

Key words: Ambivalence in maternal care, Motor disability, Separation process, Somatic symptoms, Adolescence

Introducción

La relación madre – hijo es constitutiva de la psique de todo ser humano, cuando la madre es capaz de ejercer un buen maternaje, es decir, cuando puede ser una madre suficientemente buena como Winnicott (1971) denomina a las madres capaces de ejercer sus funciones maternas con éxito, el niño se desarrolla de manera saludable, consigue estructurarse como persona, ubicarse dentro de su sociedad y alcanzar la autonomía. Bion (1980) llama a las ansiedades del bebé, partículas beta, y éstas deben ser traducidas por la madre mediante su capacidad de reverie transformándolas en partículas alpha, esto es lo que permite al niño identificar, nombrar y manejar su ansiedades. Sobre el mismo tema Doltó (1986) explica que para que un bebé llegue a convertirse en un individuo que pueda apropiarse de sí mismo y de su cuerpo, obtener un lugar dentro de su sociedad, y alcanzar su autonomía, necesita pasar por una serie de momentos dolorosos, momentos de pérdida que llama castraciones, y que estas deben ir acompañadas por el lenguaje tanto verbal como no verbal de la madre, llevarse a cabo de manera que al tiempo que el niño recibe ese acompañamiento que contiene su ansiedad sea impulsado a probar cosas nuevas que le lleven a experimentar de nuevo el placer, o parte del placer perdido durante la respectiva castración. Todos estos autores coinciden en que cuando la madre no puede cumplir satisfactoriamente todas estas funciones, el hijo experimenta dificultades en su armado psíquico.

Entre otras cosas, algunos de los aspectos que pueden dificultar la capacidad de una mujer para ejercer un maternaje sano, son la relación que haya tenido con su propia madre, las carencias o vacíos que hayan quedado dentro de su propia historia de vida, la relación con el padre de sus hijos, etc. Mannoni (1982), dice que en todo padre y madre se forma la imagen de un niño maravilloso que representa al mismo tiempo el niño perfecto que hubiesen querido ser, y el hijo perfecto que desean tener, este hijo será el depósito de sus esperanzas, y de la satisfacción de sus deseos inconscientes, de manera que cuando el hijo real nace, los padres viven siempre una decepción, apunta así, a la necesidad de que éstos “maten” y elaboren el duelo que corresponde a este “hijo fantasmático”, a fin de poder darle lugar al hijo real.

El proceso se complica cuando el hijo tiene una discapacidad pues la decepción es mayor y la madre entra en shock ya que ese niño enfermo no sólo va a despertar los traumas e insatisfacciones anteriores de la madre, sino que además le dificulta la resolución de su problema de castración, si a esto se suma que según Schorn (2002) si la madre a su vez ha tenido una madre rígida y descalificadora, se resiente con ella, y el hijo será el medio para vengarse de su madre, pero si el hijo padece alguna discapacidad, será entonces desde el inconsciente el depósito del odio que su resentimiento previo le generó, haciendo una transformación en lo contrario y convirtiéndose en una madre sobreprotectora, impidiendo o al menos dificultando seriamente el desarrollo de ese niño.

Schorn (2002) también menciona que los niños con discapacidad experimentan más que otros dificultades en el curso de su desarrollo psicosexual, ya que sus diferencias hacen que pasen más tiempo con los padres, y el proceso normal de socialización no se presente igual que en otros niños, pues no tienen acceso o es muy limitada la participación en actividades e interacción social con sus pares, y esto no sólo tiene repercusión en la niñez, sino también en la adolescencia, dificultando que alcancen las metas de esta etapa que son el descubrimiento de su vocación, el deshacimiento emocional de los padres (autonomía), logro de una identidad personal e involucrarse en una relación de pareja estable.

El tiempo extendido que pasan con sus padres, y la tendencia de éstos a la sobreprotección, provoca que para estos chicos sea más difícil que para otros separarse de sus padres y establecer relaciones fuera de casa, sentirán angustia ante la posibilidad de una separación prolongada, pero también llega el momento en que se sienten ahogados, se trata de un conflicto que presenta dos polos, uno, el de ser “absorbido” y perderse, y el otro, el de ser abandonado y quedar desamparado, que puede manifestarse en síntomas somáticos. McDougall (1991) menciona que esto se debe a que al no haberse respetado el proceso en el que el niño conquista su autonomía y aprende a ponerle palabras a sus ansiedades se provoca una fisura entre el soma y la psique, y las ansiedades entonces se manifiestan en síntomas somáticos, en lugar de poderse expresar con palabras.

El propósito de este trabajo fue investigar en qué forma la ambivalencia en los cuidados maternos, motivados por una discapacidad motora, pueden afectar el proceso de separación en el desarrollo psicosexual, deteniéndolo o alentándolo, y manifestarse en síntomas somáticos.

A lo largo del trabajo se va descubriendo a una mujer adulta que posee características de la etapa puberal y que lucha con la angustia que le genera el conflicto entre separarse de su madre y quedarse atrapada y asfixiada por ella, se puede ver como la madre viene de una familia de mujeres fuertes, pero también mujeres abandonadas, que a su vez tuvo una relación muy difícil con su madre, esto y el abandono que sufrió y que pareciera una marca en la familia, la conducen a ejercer una maternaje ambivalente, provocando que el proceso de separación, que es parte del desarrollo psicosexual se viera afectado, y puede verse que es tal la dificultad de separación que incluso la paciente desarrolla síntomas somáticos ante su posibilidad, obligándola a dar marcha atrás y quedarse de nuevo junto a su madre.

El trabajo terapéutico que se describe en este documento se realizó en el Centro Comunitario "San Lorenzo" de la Fundación Bringas Hagenbeck (CDC, "San Lorenzo" FBH) y corresponde a una mujer de 25 años, que fue atendida durante 80 sesiones

El trabajo comprende dos secciones, la primera compuesta por tres capítulos correspondientes al marco teórico, que sirven de fundamento para la investigación y abordaron los siguientes temas: En el capítulo 1 se trata la relación madre e hijo, explicando la importancia de las funciones maternas, se explora también la relación de una madre con la hija mujer, se expone después como son éstas relaciones cuando presentan ambivalencia, finalmente se explican las características y dificultades que puede tener una madre cuando tiene un hijo que padece alguna discapacidad. En el capítulo 2 se aborda la adolescencia en general, se expone a la adolescencia más que como una etapa en la cronología de la edad, como un estado mental, se presenta una clasificación de diferentes tipos de adolescencia según la vivencia de la misma y dificultades que puedan presentarse, se abordan los tópicos del cuerpo en la adolescencia, la relación con los padres, las tareas psicológicas de esta etapa en general, del proceso de separación y el logro de la autonomía en particular. En el

capítulo 3 se explica paso a paso el modo en que se construye en la psique humana la imagen del cuerpo, el modo en que se vive un cuerpo discapacitado en él y con él, y el modo como el cuerpo se convierte en receptor de la angustia, presentando síntomas somáticos ante conflictos angustiosos.

La segunda parte del trabajo es la investigación propiamente dicha, contiene el apartado del método en el que se plantea el problema, se establecen el objetivo general y los objetivos específicos, se expresa el supuesto general de que se parte, se definen las categorías de análisis, el tipo de estudio, la participante, los instrumentos utilizados, el procedimiento mediante el que se analizaron los hallazgos, y las consideraciones éticas que se tomaron. Posteriormente se presenta el apartado de la Historia de la paciente en dónde se aborda una impresión personal, el motivo de consulta y aspectos relevantes de la historia clínica propiamente dicha, comprendiendo los aspectos personales y los aspectos familiares recabados. Se presenta una sección después dedicada al análisis de los resultados encontrados dividida en tres subtemas, el primero dedicado a descartar dificultades en las habilidades intelectuales de la paciente y otros dos, destinados a mostrar y explicar las evidencias extraídas de las sesiones, apoyándome en todo momento del fundamento colocado en el marco teórico para realizar las interpretaciones de dichas evidencias.

Finalmente se incluye una última sección dividida en tres apartados, el primero de ellos habla de mi apreciación acerca de la transferencia y contratransferencia durante el tratamiento de la paciente, dos apartados siguientes que hablan de los logros alcanzados y de las limitaciones que se tuvieron, y finalmente un apartado en el que expongo mis conclusiones.

I MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Ambivalencia materna con hijos discapacitados

1.1 Relación madre – hijo

La relación con la madre es la más importante relación que tiene el ser humano, es esencial, primordial y sumamente compleja, constituye el primer objeto de amor, y también el primero de odio, es el primer contacto con la vida. Para toda mujer, convertirse en madre es un hecho que la toca profundamente y remueve los hilos más primitivos, profundos e inconscientes de su propia constitución psíquica. Es dentro de su cuerpo que se gesta la vida, es de ella de quien el bebé se alimentará física y psíquicamente, es ella quien lo constituye y lo nombra, es ella quien lo hace ser humano.

El deseo de ser madre surge muy temprano en las mujeres, constituye uno de los resultados de la tercera salida del complejo de castración en la mujer, es el modo como la mujer sustituye al pene que no le fue dado, albergando dentro de su cuerpo un sustituto de ese órgano: el hijo; como consecuencia de este mismo complejo de castración la libido que antes era dirigida hacia la madre, se dirigirá en adelante al padre, dando lugar el complejo de Edipo femenino, durante este cambio de objeto, retorna el odio reprimido hacia la madre (Nasio. 1996), la niña depende de la madre por lo que de manera consciente no puede manifestar esta hostilidad, y también la ama, de suerte que una parte de sí la odia (latente) y la otra la ama y se identifica pues es a partir de esta identificación es que ella puede tener al padre, rivaliza por tanto con ella, pero también la imita.

Por otra parte, en nuestra cultura es casi una obligación para las mujeres ser madres, como si una mujer no lo fuese más que a través de este rol. Las niñas fantasean con los hijos que tendrán desde los primeros juegos en la infancia, en identificación con su propia madre, arrulla, da de comer y cambia los pañales de sus hijos – muñecos. Podría decirse entonces que la relación madre – hijo(a) se comienza a construir en la

psique de las mujeres mucho tiempo antes de concluirse incluso su desarrollo, y por supuesto mucho antes de embarazarse en la realidad.

Cuando nace un bebé, ya trae consigo una serie de cargas que de manera inconsciente influenciarán su vida, el país, la ciudad, la familia en que nace, el número de hijo que le corresponde, las expectativas o falta de ellas que sobre él tengan sus padres y en particular su madre, las circunstancias por las que la familia esté pasando, el estado psíquico de los padres o de quien haga sus funciones, también las expectativas de los propios padres sobre sí mismos como tales como parte de su ideal del yo (el yo de los padres) y las vivencias que como hijos hayan tenido con sus propios padres también influirán en el maternaje y paternaje que estos ejerzan.

1.1.1 Funciones maternas:

Todo ser humano nace en un estado de indefensión total quedando completamente a expensas de otro, presumiblemente la madre o cualquier otra persona que realice esa función y será ella quien a través de sus cuidados proporcionará al bebé su primera experiencia de satisfacción y su primera frustración también transformando sus necesidades en deseos e inscribiéndolo, por así decirlo, en la vida, convirtiéndolo en un ser humano; será ella con su propia historia la que determinará la relación que entre ellos se establezca así como las primeras y más importantes representaciones del hijo incluyendo la forma en que éste se relacionará con él mismo y con el mundo. (Freud, trad. en 2007)

Él explica que además de los estímulos del medio ambiente, el bebé recibe estímulos desde su propio cuerpo, que provienen de las grandes necesidades biológicas y de las cuales no puede sustraerse, la excitación que esas necesidades produce lo coloca bajo condiciones que pueden definirse como de "*apremio a la vida*", esa excitación exige ser descargada mediante la satisfacción de sus necesidades, lo cual sólo puede lograrse mediante una acción específica que provenga de fuera. (Freud, trad. en 2007). Si se toma como ejemplo el hambre, ésta sólo puede satisfacerse mediante la acción específica de recibir alimento y esto sólo puede venir de fuera, recibir alimento constituirá para el bebé su primera vivencia de satisfacción de la necesidad, y

también su primera experiencia plena de amor es decir, su primera experiencia erótica, pues recibe junto con el alimento, el amor – eros de la madre, esta experiencia tiene las más hondas consecuencias para el desarrollo de las funciones del individuo, esa satisfacción pronto provocará; que la necesidad satisfecha junto con el plus de placer experimentado a través del amor – eros de la madre, convierta la necesidad de comer en deseo de volver a sentir esa satisfacción y ese placer, pasando así, de una vivencia de satisfacción a un estado de deseo.

Pero no es posible satisfacer siempre y sin demora las necesidades y deseos del bebé, ante la insatisfacción aparecerán acciones destinadas a defenderse del dolor y la frustración que ésta le provocan, tendrá que recurrir a las imágenes – recuerdo que acompañaron esas primeras experiencias, será entonces capaz de volver a ellas mediante la alucinación, pero la satisfacción buscada faltará convirtiendo por asociación a ese objeto que en un principio fue satisfactor y por tanto deseado en objeto frustrador y por tanto hostil, y es así como el objeto deseado y el objeto hostil serán el mismo, (Freud, trad. en 2007), la madre o quien haga sus funciones es quien se convierte en el principal representante del objeto “deseado – hostil”.

Los estímulos endógenos que el bebé recibe y que están en continuo fluir en un principio son entonces necesidades fisiológicas básicas, pero una vez que han pasado por el proceso de satisfacción exógena mediante la acción específica, el bebé además de recibir el satisfactor a su necesidad, recibirá un plus de placer, recibirá el calor, la mirada de admiración, el deseo de la madre dirigido a él, y es a este estímulo deformado, pervertido al que Freud llamará pulsión, y en este sentido explicará que toda pulsión está apuntalada en aquellas necesidades fisiológicas primarias.

Freud (1921/2008) explica que “la identificación es la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (p.99), desde sus inicios es ambivalente puede ir desde la ternura hasta la destrucción y conforme se vaya desarrollando podrá fluctuar entre lo que se desea ser, lo que sería la identificación propiamente dicha y lo que se desea tener, es decir, investidura de objeto, dependiendo de si la ligazón recae sobre el sujeto o sobre el objeto. La sustitución constante de la investidura de objeto por la identificación propiamente dicha es un proceso que participa

de manera importante en la conformación del Yo, durante todo el desarrollo. (Freud 1923/2008)

El ser humano al nacer no está ni físicamente, ni psíquicamente formado por completo y debido a ello en un principio es incapaz de percibirse a sí mismo como un ser individual, completo y separado del mundo y como para él su mundo es su madre, se considera parte de ella o a ella parte de sí, no hay diferenciación entre uno y otro, así, la madre constituye *lo que quiere tener y tiene (investidura de objeto)* y *lo que quiere ser y es (identificación)*. Simbólicamente es omnipotente, pues cree que lo que hace la madre cuando lo trae en brazos, lo hace él, así como cuando ésta satisface sus necesidades, él cree que es una parte de sí mismo la que satisface sus necesidades, percibe únicamente partes de él pero no le es claro que son de él. Se relaciona con objetos parciales tanto dentro como fuera de sí, objetos deseados en tanto satisfacen su necesidad - deseo, objetos odiados en tanto no la satisfacen, objetos todos percibidos como partes de él.

Según Melanie Klein, (citado en Segal 2010 p. 29) “hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objétales en la fantasía y en la realidad”. Es un Yo no integrado que tiende a integrarse pero tendrá que pasar por un proceso para lograrlo, es un yo que se enfrentará a la polaridad de la vida y la muerte, que según Klein es innata, cuando el bebé es atendido en sus necesidades estará frente a la vida, y ese objeto satisfactor será un objeto ideal; pero cuando no es así, se enfrentará a la muerte, siendo este objeto que niega un objeto hostil generador de ansiedad y portador del instinto de muerte.

Cuando se ve enfrentado con la ansiedad que le produce el instinto de muerte, el yo lo deflexiona [...] consiste, [...] en parte, en una proyección, en parte en la conversión del instinto de muerte en agresión.

El yo se escinde y proyecta fuera la parte de sí que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho. Es así como el pecho [...] llega a experimentarse como malo y amenazador para el yo, dando origen a un sentimiento de persecución. De este modo, el miedo

original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor. (Segal, 2010 p. 30).

Pero el Yo no logra expulsar del todo al instinto de muerte, una parte queda en él, esa parte se transformará en agresión que será dirigida a sus perseguidores, es decir, a las partes del yo que fueron proyectadas.

Lo mismo pasa con el objeto ideal, el instinto de vida que éste supone, es decir la libido será proyectada para crear un objeto que satisfaga el impulso a conservar la vida, pero una parte quedará dentro del yo que le servirá para establecer una relación libidinal con el objeto ideal al que querrá conservar hasta identificarse con él.

El Yo tiene, entonces relación con dos objetos, o más bien, con el objeto primario disociado en dos partes una ideal y la otra persecutoria, la gratificación entonces ya no representa solamente la satisfacción y el bienestar sino también aquello que le permite detener a los objetos persecutorios, y la privación se convierte en la amenaza de ser aniquilado, pues la agresividad dentro del yo amenaza con destruir a las partes del objeto ideal introyectadas.

A esta posición que Melanie Klein sitúa dentro de la fase oral la llamó esquizo – paranoide puesto que la ansiedad predominante es la ansiedad de persecución y por tanto, paranoide, y el yo junto con sus objetos está escindido, lo cual es característico de lo esquizoide.

Para salir de esta posición y acercarse a la integración será necesario que las experiencias buenas predominen sobre las malas, generando en el yo una especie de confianza de que el objeto ideal continuará existiendo a pesar de los objetos persecutorios y la agresividad que éstos hayan provocado. Al aumentar la introyección y proyección de los objetos buenos, la ansiedad disminuye, disminuyendo también la escisión haciendo al yo más tolerante de su propia agresividad, y poco a poco empieza a distinguirse de los objetos.

En la medida que los procesos de integración avanzan el bebé va entrando en la posición depresiva, esta posición se caracteriza por la percepción de un objeto total, a

veces bueno y a veces malo, a veces amándolo y a veces odiándolo, esta percepción dirigida primero a la madre como su objeto primario tiende a generalizarse abriendo para el bebé un mundo de expectativas, pues al percibirse fuera de su madre como un individuo separado de ella tendrá que reconocer también cuán desamparado está, y que ella tiene una vida propia separada de él dando paso así a los celos y la envidia pero también a la integración del yo y por tanto a la posibilidad de tener pensamientos, y sentimientos propios. Las ansiedades experimentadas por el bebé ya en esta posición vendrán de la ambivalencia y su motivo principal será el temor a que sus impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado.

No es sino aproximadamente hasta el tercer o cuarto mes que empieza a darse cuenta de que él y su madre son entes diferentes, y es hasta los seis que él comienza a percibirse como “algo”.

La función de la madre entonces será lograr el predominio de experiencias positivas, y amorosas que ayuden al bebé a pasar de la posición esquizo – paranoide en que se encuentra escindido, a la posición depresiva en la que se encuentra integrado.

Bion (1980), por su parte, llamará a las ansiedades del bebé, partículas beta, que apareciendo en una etapa pre – verbal, son imposibles de comprender, el bebé proyectará entonces en su madre estas partículas beta y ella a través de su capacidad de reverie, la cual define como “el estado anímico que está abierto a la recepción de cualquier <<objeto>> de objeto amado y es por lo tanto capaz de recibir la identificaciones proyectivas del lactante” (p. 74); la madre podrá entonces recibir esas partículas beta, metabolizarlas y devolverlas al bebé disminuyendo, con ello su ansiedad. Esas partículas metabolizadas, él las llama partículas alpha, y a esta habilidad de transformación la llama función alpha de la madre, este mecanismo irá poniendo las bases para que el bebé pueda con el tiempo apropiarse de esa función posibilitándolo para elaborar sus propios pensamientos y hacer por sí mismo la transformación de partículas beta en partículas alpha. De esta forma la madre irá entonces interpretando las necesidades de su bebé y les irá dando nombre y establecerá tanto un método como un ritmo para satisfacerlas, método que el bebé irá introyectando como si fuese un modelo.

Bion explica que la capacidad de reverie de la madre y la tolerancia a la frustración del hijo están estrechamente ligadas, de tal manera que si la madre falla, la capacidad de tolerancia a la frustración del hijo se pondrá a prueba.

Desde este punto de vista, la función de la madre, es la de metabolizar las ansiedades del bebé e ir las traduciendo en sensaciones más manejables para el hijo.

Winnicott, (1971) afirma que un niño no puede pasar del principio del placer al de realidad si no cuenta con una madre suficientemente buena capaz de ayudarlo en su adaptación al medio, solícita y pronta a la satisfacción de sus necesidades al principio y en la medida en que el niño pueda ir haciendo frente al fracaso y la frustración más alejada de éste.

Al principio, cuando la adaptación de la madre a su bebé es completa, el bebé puede crearse una ilusión, la de que el pecho de su madre es parte de él, sentirse omnipotente, no tiene ni que pedirlo, sólo lo necesita y “mágicamente ahí está”, la tarea posterior de la madre será desilusionar al bebé en forma gradual permitiéndole sentir frustración y defenderse de la de ella mediante sus propias “creaciones”, que podrán ir desde sus primeras experiencias alucinatorias, el chupeteo por ejemplo, hasta la adopción de un objeto en el que representará al objeto que lo ilusiona y desilusiona. A este espacio en el tiempo le llamó espacio transicional y a los objetos - creaciones objetos transicionales. Si este proceso tomara un camino equivocado el pequeño recibirá toda frustración como una verdadera tragedia, tragedia que podría llevarlo a la desintegración y a la muerte.

Se trata entonces de que la madre sea capaz de encontrar una especie de ritmo, de exacta sincronía con el desarrollo de su bebé.

Winnicott (1990) describe tres funciones maternas: Holding (Sostén) que se refiere a la habilidad de la madre para sostener física y emocionalmente en un sus brazos a su pequeño bebé, dándole con ello la sensación de seguridad y omnipotencia que necesita cuando recién ha llegado al mundo, Handling (manipulación), la madre manipulará a su bebé y a través de ello, él irá conociendo su cuerpo y percibiendo la presencia de otro aún parcial e indiferenciado pero otro al fin, y finalmente Object – presenting (presentación de objeto), la madre irá presentando el mundo a su hijo empezando por

ella misma, permitiendo que el pequeño comience a establecer una separación entre él y el mundo, posibilitando el que se pueda percibir a sí mismo como un “algo” diferente de lo demás, diferente de su madre, y poder así establecer relaciones intersubjetivas con otros. Estas funciones maternas contribuirán de manera determinante al proceso de integración del bebé.

Para Margaret Mahler (1977), el ser humano tiene dos tipos de nacimientos, el biológico que es el nacimiento propiamente dicho, es decir, un hecho que sucede cuando el cuerpo del niño está completamente equipado para sobrevivir sin el de la madre y que desde el punto de vista fisiológico separa definitivamente al cuerpo del infante del cuerpo de la madre, y el psicológico que a diferencia del biológico no es un hecho sino un proceso intra- psíquico lento que consiste en una separación gradual de la madre y en la adquisición de los recursos necesarios para sobrevivir y desarrollarse como un individuo. A este proceso le llamó “Proceso de Separación e Individuación” y dura toda la vida manteniendo al ser humano alternando simultáneamente, en grados variables, entre dos polaridades: la de tener conciencia de sí mismo, del mundo y de la relación con el mundo, y la de permanecer absorbido sin conciencia.

Aunque se trata de un proceso que dura toda la vida, Mahler menciona que los principales logros o tareas se producen entre los 4 o 5 meses y los 30 o 36 meses, abarcando la fase oral y parte de la fase anal del desarrollo psicosexual. Explica que está formado por dos desarrollos complementarios, el de Separación que consiste en el surgimiento de un ser (del infante) a partir de una relación simbiótica con su madre, así como biológicamente del cuerpo de la madre surge un cuerpo infantil separado de ella, de la relación simbiótica con la madre surge un ser completo con una psique separada de la psique de ella y el de Individuación que constará de todos los logros que le permitan al niño manifestar sus características individuales y diferentes de las de la madre. Estos dos desarrollos estarán entrelazados con los procesos evolutivos pero son diferentes y pueden suceder a ritmos diferentes.

Malher (1977) considera que subyace un proceso de adaptación entre madre e hijo mientras el proceso de separación e individuación se va llevando a cabo, y menciona que la capacidad del niño para adaptarse a su madre será mayor que la de la madre

para adaptarse al niño, debido a que el niño al ser un recién llegado y al no tener aún una personalidad formada, ésta se irá formando bajo la influencia de su medio ambiente siendo entonces en él una capacidad innata, en cambio la madre al tener ya una personalidad formada, su capacidad de adaptación se ha ido perdiendo y ahora es limitada, de tal forma que el bebé se irá estructurando a la manera y estilo de la madre ya sean estos sanos o patológicos.

1.1.2 Relación madre – hija

Siendo ambas del mismo sexo, la vivencia de la madre como mujer, sus experiencias con otras mujeres dentro de la familia, y la manera como se le mira a la mujer en la sociedad serán particularmente importantes en la forma como esta relación se establezca, las proyecciones narcisistas de la madre serán mayores con una hija que con un hijo.

Como en el caso de todos los bebés, el primer objeto de amor es la madre y la primera gran frustración de la bebé será el destete también atribuido a la madre; primera fuente de su odio, este odio se guardará en lo profundo de su inconsciente, pero en el caso de la niña surgirá posteriormente tras el complejo de castración, el cuál es vivido de manera significativamente distinta en la niña, que en el niño.

Como consecuencia de la diferencia anatómica de los sexos, cuando la niña visualiza en algún varón cercano la presencia del pene, ella lo compara con su clítoris al que considera un pene inferior y a partir de allí cae víctima de la envidia del pene (Freud, 1925), surge entonces la esperanza de un día recibir un pene y así ser como el varón, la niña lidia con esto a veces comportándose como un varón, y otras veces a través de la estimulación del clítoris hasta que se da cuenta de que su madre también está castrada, lo que la lleva a perder la esperanza, culpando inconscientemente a la madre por no haberla dotado de este órgano, resurge el odio que ya antes había sentido por ella, reorientando su libido hacia el padre lo que convierte al padre en su objeto de amor, y se establece con la madre una rivalidad, pues ahora la niña desea lo que la madre tiene, al padre. (Nasio, 1996).

La masturbación clitoriana es abandonada, ya que sólo es fuente de decepción pero la libido no satisfecha debe buscar otra salida, y es así como a modo de compensación se desplaza hacia el rostro y el cuerpo entero, comienza a gustar de los adornos que la hagan verse y sentirse bella, para sí misma y para seducir al padre, en este sentido, la niña puede ahora envidiar los senos de la madre y después en un desarrollo normal ella comienza a investir a la vagina, “la solución feliz es la catexis vaginal” (Dolto, 1974, p. 99). Gradualmente se va desarrollando una identificación con la madre, y si esta es femenina, y permite a la niña adquirir los atributos que acompañan la construcción de la feminidad mediante la enseñanza de las actividades que la madre hace y que la van asemejando a ella, se convierte en fuente de alegría, así la niña va dejando en el inconsciente su odio y rivalidad con la madre quedando estos latentes, aunque prevalecerán los intentos de seducción hacia el padre que en la pubertad se desplazarán hacia otros hombres.

“El rol de la madre es mucho más importante en la vida sexual de la niña que el del padre; la madre está en el inicio y en el fin del complejo de castración femenino” (Nasio, 1996, p. 22)

El odio, y rivalidad que la hija experimentó hacia su madre durante su desarrollo y que habían quedado en el inconsciente, permanecen latentes y pueden manifestarse en otros momentos de su vida, particularmente cuando esta hija se convierte en madre, y se compara con el único modelo que tiene de madre que es su madre, y así, su forma de proveer de cuidados maternos estará directamente influida por la relación que a su vez haya tenido con su madre, tanto, como por su propio deseo de ser madre. Hélène Deutsch (citada en Lebovici, 1995), expresa que “durante el embarazo la mujer considera a su hijo, a la vez, como parte de su yo y como un objeto exterior con quien repite las relaciones objetales, positivas y negativas que haya tenido con su madre” (p. 97).

Y si además se ha convertido en madre de una hija, habrá una identificación directa con esta pequeña en quién estará depositada la imagen inconsciente de la “hija maravillosa” que ha deseado ser – tener, pero también será receptora de aquel odio y aquella rivalidad que se desplaza y se pone de manifiesto en el deseo de ser, a través

de esta hija, mejor madre que la suya y al mismo tiempo la coloca ante el temor de fallar, demostrarle a su madre y a sí misma que la única con derecho pleno de ser madre es su madre. Repitiéndose así el ciclo de generación en generación.

Winnicott (citado en Lebovici 1995) menciona que, tras los sufrimientos del parto, la decepción de que su bebé no fuese como lo imaginó, y por su relativa incapacidad para ejercer sus funciones como madre, rebasada por el comportamiento del pequeño, frecuentemente la madre sueña con eliminarlo.

Y es que para ser la madre perfecta, se debe renunciar a ser mujer y todo lo que ello implica, desde recuperar el ejercicio de su sexualidad con su pareja hasta su desarrollo en otros roles distintos al de madre, en aras de conseguir la tan añorada mirada aprobatoria de su madre, ello supone un sacrificio en extremo doloroso, sacrificio que muchas veces se le cobra después a los hijos.

Serge Lebovici al describir el papel específico de la madre en relación con su bebé indica que “el amor maternal no está desprovisto de ambivalencia” (p. 64), y es que los sentimientos de rivalidad, envidia y odio que han sido desplazados en la hija son también inconscientes y se combinarán con sentimientos de amor y protección, generándose ambivalencia en los cuidados maternos, ambivalencia que es parte de la relación madre e hija y que podría considerarse normal, si se consigue un sano equilibrio. Si la madre logra recuperar su identidad más allá del rol de madre, si gradualmente vuelve la mirada a sí misma y permite el desarrollo gradual de la hija. En cambio si ese equilibrio no se consigue, el desarrollo de la hija puede verse seriamente afectado.

Durante el desarrollo de la hija, los sentimientos negativos de la madre pueden permanecer inconscientes, sobre todo si la madre logra equilibrar su maternidad con otros intereses. Es al llegar la adolescencia de la hija, que la crisis que sobreviene puede reactivar aquellos sentimientos, pues la hija obediente y dócil se transforma en una hija cuestionadora que lucha por su autonomía, no sólo física, sino ideológica, reclama su derecho de ser y pensar de manera diferente, su cuerpo de niña se va transformando en el cuerpo de una mujer, mientras que el cuerpo de la madre va perdiendo firmeza,

va envejeciendo. Ahora es la hija quien florece, quien tiene la vitalidad y la fuerza, quien atrae las miradas del sexo opuesto y tiene la vida por delante, la madre, en cambio, va dejando de ser atractiva, se hace consciente del tiempo que ha pasado, del dinamismo que va perdiendo, de una mayor cercanía a la muerte, ello despierta las viejas heridas de la adolescencia y genera nuevas heridas narcisísticas, nuevos dolores y nuevos temores, Fize (2007) lo expresa diciendo "... frente a los adolescentes convertidos en "reyes", los padres se sienten claramente "destronados" (p.100).

Así, es evidente que la relación de madre – hija es de naturaleza ambivalente, pues por un lado subyace siempre el odio, la envidia y la rivalidad, y por otro la ternura, el amor y la identificación, oscilando entre un polo y otro durante toda la vida.

1.2 El impacto de las relaciones ambivalentes entre madre e hijo (a):

1.2.1 Hijo ideal "maravilloso" versus hijo real

La idea de madre o padre, y de hijo o hija se va formando en la mente de todo ser humano desde la niñez, en la propia convivencia con los padres, ya desde ahí se sabe, en algún lugar que se querrá continuar de alguna manera en otro ser, es quizá una de las primeras fantasías – intentos de inmortalidad, inmortalizarse a través de un hijo, pero no será cualquier hijo, será un hijo ideal, un hijo con las características de un Dios, en palabras de Freud:

Si consideramos la actitud de padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio, ha mucho abandonado. Así prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones y a encubrir y olvidar todos sus defectos. El niño deberá 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, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. His Majesty the Baby, como una vez nos creímos.

Debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres; el varón será un grande hombre y un héroe en lugar del padre, y la niña se casará con un príncipe como tardía recompensa para la madre. El punto más espinoso del sistema narcisista, esa inmortalidad del yo que la fuerza de la realidad asedia duramente, ha ganado su seguridad refugiándose en el niño. El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres, que en su transmutación al amor de objeto revela su prístina naturaleza. (Freud, 1914, pp. 87 - 88).

Conquistando a través de ese hijo (a), el lugar perdido mientras nos constituíamos, y fuimos arrojados del paraíso del que también, llegado el momento, deberemos arrojar a nuestros hijos para que a su vez puedan constituirse.

Esta proyección narcisista de los padres en los hijos, no es otra cosa que la proyección del niño maravilloso que creyeron ser y al que tuvieron que renunciar, renuncia que nunca es absoluta.

Pues el niño formará dentro de sí un “Yo Ideal”, “Y sobre este yo ideal recae ahora el amor de sí mismo de que en la infancia gozó el yo real. El narcisismo aparece desplazado a este nuevo yo ideal que, como el infantil se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas” (Freud, 1914, p. 91.)

“El niño maravilloso es una representación inconsciente primordial en la que se anudan, con mayor densidad que en cualquier otra, los anhelos, nostalgias y esperanzas de cada cual” (Leclaire, 1975 p.11), esa representación inconsciente del niño maravilloso queda latente, susceptible a manifestarse en cualquier momento, y que a su vez coincide con los sueños y deseos inconscientes de los padres, es el representante de todo aquello a lo que tuvieron que renunciar.

Leclaire (1975) indica que este niño maravilloso debe morir para que el hijo real viva, y que debe ser asesinado por uno mismo en una forma de suicidio simbólico, elaborando y reelaborando constantemente el duelo correspondiente y a su vez cada padre deberá asesinar a su hijo ideal a fin de poder vincularse con el hijo real y que este pueda vivir, de otro modo el hijo real queda atrapado entre ser el deseo de los padres,

ser el deseo al que aspira, formado por la manera en que fue mirado por los padres aquel con el que su Yo se mide y mediante el cual se irá modificando y poder aceptar a quien en realidad es.

La idea anterior, aunque condensada, deja ver que se trata de un ciclo:

Desde la niñez y mientras crecemos nos formamos imágenes y/o patrones, que poco a poco se irán convirtiendo en ideales, y así tenemos una imagen ideal de lo que es “ser mujer”, “ser mamá”, “ser papá”, pero no sólo son imágenes relacionadas con el ser, sino también con el tener, es decir, “así como papá... quiero un esposo”, “cuando tenga hijos..., ellos serán....”

Si se considera por ahora tan solo la idea de “cuando tenga hijos..., ellos serán...” podemos ver como esta idea evoluciona con el tiempo, pero se queda latente dentro del inconsciente hasta que llega el momento en que el individuo se ve enfrentado a la posibilidad de que ese tiempo, el de “cuando tenga hijos...”, ha llegado. El tiempo en que se anuncia ese primer hijo, portador ya desde que se anuncia de todos los deseos, y expectativas conscientes e inconscientes de ambos padres, entonces ese “cuando tenga hijos...”, se transforma en un “Ahora que tenga a mi hijo...”, para la madre, esta transformación será por demás significativa, ya que además representa su recompensa a la renuncia del padre y con ello la resolución de su complejo Edípico. Entonces la palabras Mi hijo se convertirán para la madre, en su razón de existir, en la conquista de un lugar reivindicado ante el mundo, un triunfo ante su propia madre, pero sobre todo ante sí misma y así ese hijo es suyo en el sentido de propiedad, es suyo porque forma parte de ella, es suyo porque en él se verá reflejada y se immortalizará, es suyo porque le permite un lugar en el selecto y privilegiado grupo de madres. Entonces en su psique este hijo SUYO, se convierte también en SU - YO, pero perfeccionado, pues en ese inconsciente, ese hijo no puede ser de otro modo más que PERFECTO, no hay otra posibilidad, será un hijo completo y que la complete, la negación absoluta de la falta por lo menos durante los nueve meses de gestación.

Pero la negación dura hasta que la evidencia aparece y el pequeño nace y se va desarrollando provocando poco a poco una desilusión en esta madre que debe

enfrentarse a la realidad objetiva de que su hijo no es perfecto, de que su hijo no es ese hijo que construyó en su imaginación, ese hijo que representaría el fin de la búsqueda pues ese hijo la haría completa y feliz, no sucede así y ella se da cuenta, enfrentándose ahora a la tarea de ayudar a un ser humano a constituirse mientras debe eliminar al hijo que construyó y amó por largo tiempo, este bebé perfecto que debe morir para que el verdadero viva, es el bebé que Leclair llama “el niño maravilloso”, que es a su vez la proyección de su propio Yo ideal.

Entonces no sólo todo padre o madre debe matar a su hijo - niño maravilloso, sino que también deberán vivir y superar la pérdida, elaborar el duelo por esta pérdida, para poder libidinizar al nuevo ser real que tienen a su cargo y que también irá dando satisfacciones y que al menos de manera parcial irá satisfaciendo sino todos, si muchos de los deseos en él depositados, pero también como resultado de ese duelo, deberán aceptar que siguen siendo sujetos en falta, que ese hijo no los completa hoy, ni los completará jamás.

Para Lebovici (1995) “El niño fantasmático es el producto de los antiguos deseos de maternidad que surgen desde la infancia” (p. 114) y es también receptor de sus conflictos inconscientes y repetidos que se agravan cuando hay dificultades familiares o el bebé está enfermo.

Incluso cuando la enfermedad no se reconozca inmediatamente, los conflictos se reflejarán en el maternaje intensificando el peso de la culpa inconsciente que tenderá a desplazarse sobre el bebé, en “que la ambivalencia materna tan natural, está presta a utilizar en las versiones agresivas, negadas por manifestaciones depresivas o ansiosas, que no pueden sino agravar la desarmonía inicial” (p. 114). Dificultando enormemente la elaboración del duelo por el “niño maravilloso”, pues el niño real a causa de su enfermedad decepcionará aún más a la madre y le proporcionara menos momentos de satisfacción, la compensación no es suficiente.

1.2.2 Maternaje con hijos discapacitados

El trabajo de constitución de un sujeto si bien es un trabajo en conjunto, es la madre quien lo comienza, adaptándose por completo a las necesidades del bebé y cumpliendo con sus funciones maternas, siendo sósten tanto físico como psíquico, libidinizando a su bebé, prestándole por así decirlo su cuerpo y su psique en lo que él puede ir formando los propios, Winnicott habló de una madre suficientemente buena, y Meltzer, mencionó que no alcanza con una mamá suficientemente buena, sino que es necesario también una madre suficientemente hermosa que disfruta de mostrar un bebé suficientemente hermoso también. (Schorn, 1999).

Estos encuentros primarios, son cimientos básicos para la estructuración psíquica de todo ser humano, y no siempre son afortunados, del éxito de estos encuentros dependerá la favorable o desfavorable estructuración psíquica del bebé, y no propiamente de la discapacidad, es necesario que los padres establezcan una relación con el niño y no con su discapacidad para lograrlo. Si la mirada se pone en la discapacidad como definitoria de la identidad del pequeño, tanto la estructuración como el desarrollo de este niño se dificultarán.

La propia historia de los padres, esa que formó su estructura psíquica será de una influencia muy importante en el desarrollo de la capacidad de éstos para vincularse de una manera amorosa con sus hijos.

Según Maud Mannoni (1982) para una madre, el nacimiento de su hijo, ocupará un lugar entre sus sueños perdidos, en particular el de llenar sus vacíos del pasado, evocándose con este hecho, una imagen fantasmática creada por ella en su propia infancia y que al concretarse el nacimiento se superpone a la persona "real" del niño. "Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado de deficiente, sufrido como una carencia, o prolongar aquello a lo que ella debió renunciar" (p.22)

Por otra parte, esta imagen fantasmática genera en la madre la ilusión de completud, que encuentra expresión en el cuerpo durante el embarazo, en que el niño forma parte de ella, una vez que se produce el nacimiento, que se concreta la demanda de tener un hijo, se tiene sí un niño, pero un niño separado de ella, esta evidencia en lo real produce una decepción a nivel inconsciente, desde este momento ella intentará mitigar la decepción asignando a este niño "real" la función de compensar o reducir tal decepción. (Mannoni 1982).

El niño por su parte, al ser portador de todo este contenido inconsciente de la madre, para ser amado, va a tender a satisfacer sus demandas, convirtiéndose así en una especie de soporte esencial para la madre, de donde surge un malentendido fundamental entre ellos, pues lo que ella desea, ella no sabe que lo desea pues lo desea en un nivel inconsciente, en cambio los deseos que formula estarán matizados por sus propios mecanismos defensivos, de manera que hay discordancia en la demanda, y en consecuencia confusión en el niño.

Cuando este niño, cargado de este modo nace con alguna discapacidad o la desarrolla, la madre sufrirá un shock, en contraposición con la imagen fantasmática, el niño real va a despertar los traumas y carencias de la madre y a su vez impedirá que la madre pueda resolver su propia situación de castración.

"Si se trata, en fin de una madre llamada normal, la llegada de un niño enfermo no puede no tener incidencia sobre ella. En efecto, en respuesta a la demanda del niño, deberá proseguir, de alguna forma, una gestación eterna" (Mannoni, 1982, pp. 23 - 24).

El maternaje con un hijo discapacitado revive por tanto las antiguas frustraciones de la madre, frustra además las ilusiones de la madre que sería y del hijo que tendría, e implica además una renuncia mayor de la que quizás había calculado, esto produce intensos sentimientos de odio y deseos de destrucción hacia el hijo que resultan inconfesables incluso ante sí misma.

La relación mantendrá un trasfondo de muerte y odio, disfrazado de un amor sublime y una entrega total manifestándose en conductas ambivalentes, pues en

ocasiones se comportará con el niño en extremo amorosa, en otras será indiferente, y otras tantas incluso lo rechazará, aunque ella no pueda ser consciente de ello. La enfermedad del niño se convierte en receptáculo de sus angustias, de manera que puede desplazarlas en ella y así se forma el deseo inconsciente de que el niño continúe enfermo, pues ello le permite no confrontar sus propias angustias y compensar su autoimagen pues ahora puede ser la madre que entrega toda su vida a este hijo que la necesita tanto, lo que socialmente es de continuo reforzado.

El niño por su parte, atrapado en la función de colmar los deseos de la madre, y confundido por la relación ambivalente, intentará ser autónomo, pero cada intento será combatido por la madre tan pronto aparezca hasta el punto en que el hijo se convence de su incapacidad, lo que le permite tener acceso al amor y al cuidado de su madre a través de la discapacidad ya existente, o incluso de otros problemas de salud imaginados por la madre e impuestos al niño.

“Tales madres pueden, por otra parte, mantener asimismo en el niño enfermedades imaginarias, es decir, objetivar en el nivel del cuerpo un defecto que halla su sentido en la madre” (Mannoni, 1982, p.59).

Martha Schorn, (1999) menciona que se ha encontrado con varios casos en los que la abuela materna fue rígida y cuestionadora de las capacidades de su hija, esto dificulta a las futuras madres ejercer un maternaje adecuado, pues se hallan envueltas en un profundo resentimiento contra sus madres y contra sí mismas, guardando en consecuencia un deseo de venganza que sería concretado al dar a luz y mostrar un bebé hermoso, ella por fin habrá hecho algo bello, algo perfecto. Si el pequeño está discapacitado la venganza no podrá consumarse, los sentimientos hostiles se dirigen ahora al niño aunque reprimidos y transformados en lo contrario, un amor tan excesivo que ahoga, que no le permite al niño crecer. Esos sentimientos hostiles también producirán culpa y remordimiento, la madre puede sentir que de algún modo ella es culpable de la discapacidad de su hijo, generando a modo de compensación conductas sobreprotectoras, los niños entonces experimentan una gran dificultad para desarrollarse y quedan atrapados entre “tanto amor y sobreprotección”.

Otra forma de compensación consiste en una tendencia del pequeño, también impuesta desde el inconsciente de los padres a manera de encubrir la falta, a ocupar el lugar de un héroe, un ser sobredimensionado frente a la adversidad, a veces también la madre se coloca en ese lugar, es al mismo tiempo víctima y heroína negando así su castración (Schorn, 1999, p. 52).

En los casos de familias en que además del hijo discapacitado existen hijos sanos, con frecuencia ocurre que el hijo discapacitado demanda mucho más recursos y atención de los padres esto puede producir que en la psique del hijo sano, el hermano enfermo ocupe un lugar privilegiado ante los padres, lo que moviliza sentimientos de celos y envidia, que pueden llegar a manifestarse en actuaciones contra los hermanos o en conductas antisociales con otros niños percibidos como más débiles a la manera de un desplazamiento de esos sentimientos.

Entre el hermano sano y el discapacitado se instaura una suerte de vínculo patológico: [Rey – súbdito], donde el que puede deberá someterse a los requerimientos dictatoriales del que nació con la falla: [soy un rey, ergo no tan discapacitado]. Los celos y deseos inconscientes de muerte, presentes en todo nacimiento de un hermano, se tornan reales, se corporizan, irrumpiendo lo siniestro (Schorn, 1999, p. 56 - 57).

El hermano sano se resiente contra los padres que dedican todo su tiempo y recursos al hijo discapacitado, y los padres pueden llegar a sentirse culpables y en deuda con el hijo al que “abandonaron” en favor del que los necesitaba tanto.

En conclusión, la historia de la madre, su personalidad, la relación que ésta haya tenido con su propia madre, y el modo en que haya resuelto o no los conflictos propios de su desarrollo como individuo, así como el contexto específico en el que se encuentre durante el embarazo y nacimiento de su hijo, influirán directamente en el desempeño de su maternaje, determinando la manera como ejercerá sus funciones maternas, y en consecuencia la forma como el bebé se irá estructurando a partir de los cuidados de su madre.

Si bien toda relación madre – hijo es naturalmente ambivalente, la relación entre la madre y la hija, por identificación con el género provoca que la ambivalencia sea más intensa, si además la relación con su madre (abuela) no ha sido buena, vive una adversa situación familiar o personal o la hija presenta alguna enfermedad o “defecto” que la decepcione más de lo esperado suponiendo un sacrificio mayor al que estaba dispuesta a realizar, los sentimientos hostiles que habían quedado sepultados en su inconsciente, quedarán susceptibles de salir a la superficie y desplazarse hacia la hija. Todo esto pone en acción los mecanismos defensivos de la madre mudando la agresividad y el odio en cuidados y conductas de extrema protección en algunas ocasiones, y en otras mostrando indiferencia o hasta rechazo ante las necesidades y deseos de la hija, impidiéndole así, establecer una buena sincronía con el desarrollo de hija, lo que afectará en consecuencia la estructuración psíquica de la niña, pues no hay una mirada cargada de eros, no hay un sostén adecuado, no hay una buena metabolización de las ansiedades.

La niña crecerá confundida, pues llamada como todo hijo a satisfacer los deseos de la madre, ella no tendrá claridad respecto a esos deseos, no pudiendo prever consecuencias, percibirá su entorno como peligroso, y no podrá establecer una relación entre sus acciones y las consecuencias de ellas, lo que la llevará a una intensa y constante experiencia de ansiedad muy difícil de manejar por una psique sin suficientes recursos.

Capítulo 2: Adolescencia

2.1 Fases de la adolescencia

Antes de describir las fases de la adolescencia conviene definirla, la palabra adolescencia se deriva del verbo *adolescere* que etimológicamente proviene del latín *adulescens* o *adolescens* que significa hombre joven, o como participio activo del verbo *adolescere* que significa crecer, podríamos por tanto definir la adolescencia como un periodo de crecimiento.

La adolescencia es también un periodo cargado de dolor por los intensos cambios que ocurren en él, según Carvajal (1993), “La adolescencia es un periodo inevitable del desarrollo psicológico del ser humano” (p. 11) que no debe intentarse evadir ya que hacerlo traería graves consecuencias psíquicas para el individuo que la vive. Se trata de un periodo de transición entre el niño y el adulto.

Freud, S. (1905/2008) explica que al llegar la pubertad se introducen cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación definitiva, pasa de ser predominantemente autoerótica a encontrar un objeto sexual, y todas las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital.

Carvajal (1993) divide la adolescencia en tres fases o etapas, puberal, nuclear y juvenil, mientras que Blos (1971) las divide en preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha o media, y adolescencia tardía. Cada una se caracteriza por cambios tanto físicos como conductuales específicos para cada fase o etapa, estas fases no son rígidas, se van concatenando, esto es que al pasar a una siguiente fase dependiendo de las circunstancias particulares de cada individuo podrán seguirse presentando conductas de fases previas.

Para Carvajal (1993). Toda la adolescencia como proceso de transformación está atravesada por tres crisis que se irán manifestando de manera diferente según la etapa, en las cuales subyacen procesos inconscientes en paralelo a la conducta observable y

son: Crisis sexual, crisis de identidad y crisis de autoridad, que van a presentarse a lo largo de tres etapas que son:

La etapa puberal, que consiste en un rompimiento masivo con la infancia y un aislamiento del mundo externo en general, acompañado de confusión, autoerotismo y al final de esta un desplazamiento de su libido hacia un objeto externo especular, es decir, una imagen proyectiva de sí mismo y a quien le percibe como un amigo íntimo al que se atribuyen todas las características que antes se asociaban a las figuras primarias estableciendo con este objeto una relación de dependencia infantil similar a la que antes se tenía con los padres. También en esta etapa pueden presentarse confusiones homosexuales.

La etapa nuclear en la cual se presenta una rebelión más abierta en contra de las normas de los adultos, la libido que en la etapa previa se había colocado en el amigo íntimo ahora se desplaza hacia el grupo con quien por un lado se identifica y por otro, al igual que ocurrió antes con el amigo íntimo se le depositan las características de los padres, generando ahora con el grupo una importante dependencia, y compartiendo con ellos todo lo que le ocurre, como si el grupo fuera un solo objeto.

La etapa juvenil que consiste la transición del funcionamiento adolescencial, al funcionamiento similar de un adulto, se caracterizará por la reparación de la relación con los padres, la aparición de la individualidad, la necesidad de intimidad, y la elección de objeto heterosexual.

Por su parte Peter Blos (1971) también divide la adolescencia en fases, para él estas fases son:

La preadolescencia, durante la cual hay un aumento de la presión instintiva, pero no hay un nuevo objeto sexual ni una nueva meta sexual, hay un resurgimiento de lo pregenital, es la fase en la que comienzan los cambios físicos, y esto provoca una gran preocupación por el cuerpo mismo en general y por los órganos sexuales en particular, por tanto la libido se centra en el propio cuerpo y la pulsión agresiva en los padres, tornando al adolescente hostil y desobediente ante la autoridad, especialmente la de los padres.

El preadolescente recurre a la masturbación para descargar los impulsos que resurgen pero esta se enfrenta a un superyó que ya internalizado lo reprueba y en consecuencia recurre a defensas como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento, este último tiende a observarse en el grupo de amigos, centrado principalmente en el líder al que se le acusa de instigador de actos indebidos.

Hacia el final de esta fase, el preadolescente vive su primer enamoramiento y será de características incestuosas, quizás se dirija a algún profesor, o a alguna amistad de sus padres, aunque esto se realice tan sólo en la fantasía.

La adolescencia temprana, a diferencia de la fase anterior, en esta fase ya hay una elección de objeto fuera de la familia, aunque esta será del tipo narcisista, las normas, los valores y las leyes morales adquieren mayor independencia de los padres aunque aún es un esquema frágil que fácilmente puede desviarse hacia la delincuencia, se trata de una fase particularmente delicada, pues al depositarse la libido en un objeto externo, y alejarse de la autoridad de las figuras primarias con un desarrollo superyoico endeble, el yo experimenta un vacío que estará ávido por llenar, dejándolo expuesto a tomar cualquier forma de alivio disponible en el ambiente, aquí la figura del mejor amigo adquiere una importancia y significación de la que antes carecía, pues será por una parte el objeto en el que se proyecta a sí mismo pero desde el ideal del yo, es decir, le admira porque observa en él característica que él quisiera tener y por el otro proveedor de alivio a la angustia que ese vacío le produce.

La adolescencia propiamente tal o adolescencia media, en este periodo el individuo pasa de una posición bisexual y narcisista a una posición heterosexual mediante el hallazgo de un nuevo objeto de amor, es hasta esta fase en que la separación con las figuras primarias infantiles por fin es posible, esta primera elección de objeto heterosexual está comúnmente determinada por algún parecido físico con alguno de los padres. Gran parte de la libido se desplaza hacia la actividad mental, por lo que se presenta un incremento de la fantasía, y del interés por aspectos más intelectuales, es el tiempo de la elección vocacional, lo que introduce a nuevas angustias y preocupaciones, el sistema moral se fortalece, haciendo del adolescente un ser más firme y seguro.

Finalmente Peter Blos (1971) describe una última fase, la adolescencia tardía, que es una fase principalmente de consolidación, en sus palabras, se elabora:

1) Un arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del yo, 2) una extensión de la esfera libre de conflictos del yo (autonomía secundaria), 3) una posición sexual irreversible (constancia de identidad) resumida como primacía genital, 4) una catexis de representaciones del yo y del objeto, relativamente constante; y 5) la estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico.

Con la elaboración de esta fase, el individuo logra una integración social, consigue mediante un sistema moral autónomo una reconciliación con los padres a quienes ahora mira más cercanos y parecidos a él, experimenta constancia de emociones y un yo enriquecido y fortalecido.

2.2 La adolescencia como un estado mental

Más allá de ser la adolescencia una etapa en el desarrollo del individuo, desde un punto de vista psicológico, es un estado mental. Así como entre los 0 y los 3 años de vida, el ser humano pasa por un proceso de separación e individuación ampliamente descrito por Margaret Malher quien lo llamó, el nacimiento psicológico del infante humano, en el periodo adolescencial se pasa por un proceso similar, al cual Peter Blos ha llamado segundo nacimiento.

Él enfatiza la importancia del periodo de latencia, en el desarrollo adolescente pues en este periodo el Yo, adquiere los recursos para enfrentar la vicisitudes y ansiedades de los cambios que vendrán, “el requisito para que surja el proceso adolescente es el paso con éxito a través del periodo de latencia”; (Blos, 1971, p.20).

También explica que se trata de un proceso un tanto desordenado y no sucede en línea recta, que a pesar de que se pueden perfilar fases en el mismo no puede fijarse un tiempo determinado de duración ni una referencia hacia la edad, por tanto este dependerá de la historia de cada individuo, de la forma en que este ha sido estructurado,

de su desarrollo biológico y de la interacción con el medio ambiente, por tanto es único y multifactorial.

Por su parte Carvajal (1993), aunque manifiesta que la adolescencia es un proceso inevitable, también indica que este proceso puede tener algunos tropiezos y manifestar fijaciones dentro de sus etapas dependiendo del modelo que la cultura ofrezca y de la propia historia del individuo saliendo de una idea meramente determinada por el desarrollo biológico.

Erikson (2007), también menciona la importancia de la interacción social y del desarrollo de las etapas anteriores menciona que aunque la crisis de identidad se presenta en la adolescencia, esta se extiende tanto al pasado como al futuro, pues está enraizada en las etapas de la infancia y depende para preservarse y renovarse de cada una de las etapas subsecuentes.

2.3 Adolescencia tardía (Vicisitudes del proceso adolescente)

Cómo en todas las etapas de desarrollo del ser humano, la adolescencia no está exenta de sufrir tropiezos y vicisitudes que le afectan, en este sentido, y tomando en cuenta principalmente el medio ambiente, Carvajal (1993) realizó una clasificación para agrupar las manifestaciones conductuales de algunos de estos tropiezos en el proceso adolescencial.

Primeramente se refirió a la adolescencia amputada, la cual se presenta en ambientes altamente represivos, de bajos recursos que no han promovido un buen desarrollo de las capacidades yóicas, privando al adolescente de recursos para expresar los conflictos propios de la etapa, los reprime, y sólo emergen en situaciones límite como pueden ser la embriaguez, la transgresión o la locura grave.

En segunda instancia describió el fenómeno de la adolescencia en condensación simbólica, que consiste en condensar toda la situación adolescencial en un acto simbólico que puede ir desde la entrega de las llaves de la casa, hasta una fiesta formal para presentarlo en sociedad quedando todos los conflictos adolescentes encapsulados en estos actos y reprimidos el resto del tiempo, estos conflictos aparecerán

ocasionalmente en actos de rebeldía no sin sufrir el costo impuesto desde el inconsciente por el superyó, para esta edad ya internalizado al menos en parte o bien por instancias externas que apelen a la moral y las buenas costumbres.

Otro tipo de adolescencia que Carvajal (1993) describió fue la adolescencia exuberante, en este tipo de adolescencia se observa una creciente tendencia a la actuación y a la oposición con la ley, como reacción al autoritarismo, se vuelven promiscuos y opositoristas.

También describió, la adolescencia abortada, ésta a diferencia de la anteriores, no va a depender tanto de las reglas sociales o del marco cultural, esta va a depender en mayor medida del manejo intrapsíquico que haga el adolescente para enfrentar sus propios cambios.

Cuando nos encontramos con una fijación de un comportamiento o de un grupo de comportamientos que caracterizan en general a una etapa de la adolescencia y una inmovilidad del resto de proceso, que normalmente se deben dar, hablamos de adolescencia abortada. (Carvajal, 1993, p.21).

Menciona que es frecuente encontrarla en la etapa puberal en donde permanecen fijas conductas de aislamiento e introversión, incapacitándose para elaborar el desarrollo normal de sus crisis y puede derivar en cuadros patológicos graves, aparecen también rasgos de carácter provenientes de patologías infantiles. Las conductas patológicas que se presentan en consecuencia pueden permanecer por el resto de la vida.

El término abortada corresponde a una adolescencia que no se fraguó y que impidió a su vez dar a luz un adulto más o menos integrado. Permite que se quedara petrificado un feto adolescencial inmóvil, que posteriormente se convertirá en el centro de la actividad caracterológica defensiva del adulto, con características patológicas, problematizantes de su vida, de su capacidad de goce y ante todo, de su capacidad de relacionarse sanamente en pareja. Aun cuando basada con frecuencia en

conflictos infantiles, se trata de una patología generada en la adolescencia. (Carvajal, 1993, p.23).

Finalmente menciona la adolescencia tardía que es una variante de menor gravedad de la adolescencia abortada, consiste en un cuadro de manifestaciones adolescenciales que se presentan en edades cronológicas posteriores a este periodo, se trata de adolescentes que han podido avanzar aunque en forma tardía en su proceso adolescencial.

2.4 Tareas de desarrollo en la adolescencia

Considerando a la adolescencia como un segundo nacimiento, un proceso de crisis de identidad principalmente, que deberá concluir en el surgimiento de un ser integrado, la mayoría de los autores coinciden en que las tareas que el individuo idealmente deberá llevar a cabo durante este periodo son:

- Constituirse como sujeto de su propio deseo y asumiendo su propia historia.
- Elaborar el duelo correspondiente al cuerpo, auto imagen, e imagen de los padres de la infancia, que deberá culminar en la aceptación de su nueva imagen hacia la adultez.
- Establecer con los otros, relaciones interdependientes habiendo abandonado la proyección narcisista o el desplazamiento de las figuras primarias.
- Elección de objeto amoroso (heterosexual) que como pareja definitiva satisfaga tanto la meta tierna como la meta sensual de la pulsión sexual.
- Equilibrio sano y productivo entre los propios códigos morales, y las reglas sociales.

2.4.1 El cuerpo en la adolescencia

El cuerpo en su faceta real y objetiva, en un organismo funcional compuesto de carne, sangre, huesos, etc, pero en su dimensión subjetiva, encarna a un ser humano con deseos, emociones y pensamientos, y cada ser humano junto con su cuerpo nace y se desarrolla dentro de una sociedad que comparte una serie de categorías y modelos

de los cuerpos, todos ellos valorados de diferente modo según el contexto social. (Tubert 2000).

El individuo que ha llegado a la adolescencia, ha recorrido un largo camino para apropiarse de su cuerpo e identificarse con él, constituye la representación psíquica de sí mismo, la imagen a la que acude cuando se piensa, al mismo tiempo es un vehículo, un instrumento que le permite aproximarse o alejarse de lo que le agrada o desagrada según sea el caso, una tortura cuando enferma, se convierte en un cuerpo doliente, un receptáculo de placer, pero también de dolor. El cuerpo se mantiene más o menos estable durante la infancia, durante todo el periodo de latencia, su imagen no varía mucho, sólo aumenta en tamaño, desarrolla sus habilidades hasta llegar incluso a dominar algunas de ellas.

Con la llegada de la pubertad, este cuerpo experimenta grandes y rápidos cambios, cambios que no se pueden parar ni controlar convirtiéndose en una fuente de angustia, de la cual el púber no se puede separar, quizá la transformación más importante que sufre el cuerpo en esta etapa sucede en el ámbito de la sexualidad obligándole a salir del periodo de latencia, y sometiéndolo al intenso despertar de su pulsión sexual puesta al servicio de una transformación que le convertirá en el hombre o la mujer definitivo (a) que está destinado (a) a ser.

Para enfrentar todos estos cambios que ocurren tanto en lo objetivo como lo subjetivo del adolescente, éste pondrá en marcha una serie de mecanismos defensivos para poder lidiar con la angustia y las ambivalencias que los acompañan.

Silvia Tubert (2000) llevó a cabo un estudio con 24 adolescentes, 12 hombres y 12 mujeres a quienes les pidió que escribieran acerca de este tema, arrojando más luz en la comprensión de la vivencia de los adolescentes con su cuerpo cambiante.

Entre sus hallazgos, observó que los adolescentes experimentan una gran preocupación por la normalidad, repiten continuamente que su cuerpo es normal, tratando de evadir un intenso temor a la deformidad o a no cumplir con la exigencia estética de su medio ambiente, se enlaza a su vez con su ideal del Yo. Otra de las defensas a las que recurren los adolescentes es la instrumentalización del cuerpo, es

decir, concebir al cuerpo como un instrumento que ellos pueden manejar e incluso moldear, de ahí que muchos de ellos se obsesionen con la regulación de su alimentación y con el ejercicio.

Este cuerpo que va transformando al niño en un adulto da cuenta del paso del tiempo, toda la historia de una persona queda impresa en su cuerpo, y esas marcas abren paso a la identificación con el padre o la madre, según sea el caso, cuyo cuerpo también da cuenta de sus años y entonces el adolescente, ante la evidencia de su cambio mira en el cuerpo de sus padres el suyo propio en el futuro. Surge una oleada de temor a la vejez, y a la muerte, su vulnerabilidad le toca y le hiere, le atemoriza y se preocupa entonces por su salud, por el cuidado de su cuerpo sabe que hay que mantenerlo sano, pero él, al mismo tiempo, odia a este cuerpo que cambia y lo pone en tal dilema, y desea destruirlo, oscilando entre uno y otro extremo puede perderse en algún exceso como el consumo de alcohol o tabaco y luego ejercitarse en exceso y exagerar en lo que él considera una alimentación saludable.

Por otra parte los cuerpos puberales experimentan reacciones orgánicas nuevas, que irrumpen y toman por sorpresa al muchacho o a la muchacha convirtiendo este cuerpo hasta hace poco tan conocido y familiar, en un desconocido misterioso, que no se sabe cuándo y cómo va a reaccionar, el adolescente sabe que lo que provoca estas reacciones es el sexo lo que es también es un misterio. Habla mucho del tema, lo piensa, lo imagina, fantasea, le ocupa gran parte de su tiempo y energía, abundan las canciones y chistes que se ponen de moda entre los adolescentes que hacen alusión a temas sexuales, pues ante la dificultad de acceder a la experiencia real, y siendo una fuerza que se manifiesta abrupta e intensamente en su cuerpo necesitan de todo esto para poder descargar la tensión y defenderse de las angustias, de la culpa que el sentir placer les provoca, y la curiosidad que se mezclan en estas sensaciones invasoras. Si a esto se agregan los discursos morales que intentan regular las pulsiones emergentes y prohíben o acotan las conductas que las manifiestan, el adolescente queda a expensas de tomar otras vías accesibles en su entorno para calmar la ansiedad pero que con frecuencia le conducen a la autodestrucción.

Otra manifestación inequívoca de que el proceso ha comenzado es la aparición de la primera menstruación en la mujeres y la primera polución en los varones, lo que por un lado es su pase de entrada al mundo secreto de las mujeres y de los hombres respectivamente, la entrada, al selecto círculo del que antes estaba excluido (a). Y por otro evoca a su futura capacidad reproductora, constituyendo esta tanto un deseo que se construyó en el pasado mediante la identificación infantil con los padres pero que había quedado reprimido y ahora resurge, así como el temor al mismo, pues es un hecho que representa el no retorno a la niñez, y la irreversibilidad de su condición monosexuada.

2.4.2 El adolescente y sus padres

“La adolescencia del primer hijo desencadena con frecuencia la crisis de la adultez en los padres y la captación de su condición de no jóvenes” (Carvajal, 1993, p.53), lo que puede despertar en ellos sentimientos inconscientes de envidia y rivalidad, e incluso suscitar algunas conductas regresivas, pues mientras el adolescente alcanza su plenitud, física, sexual e intelectual y se va convirtiendo en un ser mirado y deseado, los padres en cambio están perdiendo esas mismas cualidades, además la adolescencia de los hijos provoca el resurgimiento de los conflictos no resueltos en la propia adolescencia de los padres, conflictos que habían sido reprimidos. Los padres se encuentran en la lucha entre mantener al adolescente bajo su tutela persistiendo en la relación que ya tenían establecida y asumir que ese hijo ya no es un niño, y por tanto ya no pueden influir en él como lo hacían antes, ahora es desobediente, ahora cuestiona y reclama su derecho a hacer sus propias elecciones. El padre debe aprender a respetar la naciente autonomía de los hijos y lejos de impedir que prueben y desarrollen sus nuevas habilidades, alentarles y acompañarles amorosamente para que puedan convertirse en adultos responsables de sí mismos.

Fize. (2002) explica que los adolescentes no sólo buscan una separación de cuerpo, sino también una separación de ideas, para poder construir su propia identidad, para ello necesitan asumir la naturaleza humana y por tanto falible de los padres, ya no son más esos seres omnipotentes y omniscientes de la niñez, ahora se les percibe

viejos y deteriorados, mientras que antes miraban y se enorgullecían de sus cualidades, ahora por el contrario pondrán énfasis en sus defectos, y les denigrarán, desplazando aquellas características tanto positivas como negativas en otras personas, educadores, profesores y orientadores primero, grupos de amigos después, hasta que puedan colocar en sí mismos la dirección y regulación de su conducta y la construcción de sus ideas.

El proceso no es sencillo, es profundamente doloroso y angustiante tanto para los hijos como para los padres, pero es necesario, cada uno desde aquí deberá seguir su propio camino.

Proceso de separación

La autorregulación, la responsabilidad y la autonomía no ocurren de la noche a la mañana, es un proceso gradual que va presentándose dentro de las distintas etapas. En la etapa puberal el niño se torna desobediente, desafiante y comienza a denigrar y a devaluar a sus padres, esto es necesario para el púber pues requiere retirar las cargas libidinales colocadas en ellos para centrarlas en sí mismo y comenzar con su tarea más importante, la búsqueda de identidad, necesita descubrir quién es más allá de ser el hijo de..., “el padre en la adolescencia es alguien contra quien luchar: alguien a quien se intenta vencer y derrotar dentro de la mente. Todo adolescente es un parricida intrapsíquico” (Carvajal, 1993, p. 54), aquí aún le falta mucho en su desarrollo y aún tiene un alto grado de dependencia hacia sus padres, por lo que oscila entre esta postura hostil y la culpa que le conduce al refugio del cobijo parental. El padre ideal, amoroso y sabio deberá renacer de estos embates fuerte y ser capaz de ofrecer esa contención que su hijo necesita procurando el delicado equilibrio entre contenerlo sin invadirlo o devaluarlo y caer en la permisividad y la falta de límites.

“El adolescente es un instrumento útil para el adulto, en el avanzar otro escalón hacia la doma de su propio narcisismo y hedonismo egoísta” (Carvajal, 1993, p.55)

En la etapa nuclear, la devaluación y la hostilidad contra los padres, se generaliza a todo lo que representa autoridad, sobre todo si está es rígida e irracional, a su vez, dado en que en esta etapa hay un desplazamiento hacia el grupo y una identificación

con el mismo, el adolescente adoptará las normas e ideales de los grupos a los que se adhiera. Va a tender a seguir a algún líder que concuerde con sus propias ideas, muy frecuentemente se dejará llevar por modas, y entre más alejadas y diferentes sean de las de los padres mejor, pues les permiten seguirse separando de ellos y proseguir en la búsqueda de su identidad, predomina la idealización, pues aquella omnipotencia y omnisciencia que antes poseían los padres, la poseerán los nuevos líderes y modelos escogidos por los adolescentes.

En la etapa juvenil, tras la caída de los líderes que en la etapa anterior seguía e idealizaba, el joven experimenta un retorno hacia los padres, y vendrá un proceso de reparación, el joven ha construido una incipiente y potencial identidad adulta que le permite acercarse a los padres desde el lugar de un neo adulto, y ya no el de un niño, el parricidio se reprime de manera activa, y los conflictos cesan, destinando la energía liberada hacia el trabajo, la profesión y la pareja.

De la dependencia a la autonomía

El ser humano a nacer es completamente dependiente de sus cuidadores, y conforme se va desarrollando se va volviendo cada vez más independiente, si bien es cierto que la independencia absoluta no se logra jamás puesto que aún el adulto más evolucionado necesita de los otros para sobrevivir, si es posible lograr un funcionamiento autónomo. Vivir bajo las propias leyes en concordancia con la reglas sociales, y a diferencia de la dependencia infantil, en la interdependencia adulta no hay una sensación de continuidad con los otros, la participación y colaboración con los otros no inhibe el funcionamiento yoico, y no se apega ni se aferra a que un solo objeto idealizado o escogido narcisísticamente le provea de todo, sino que es capaz de ir en la búsqueda de la satisfacción mediante distintos objetos.

En el recorrido desde la dependencia hasta la autonomía suelen presentarse una serie de escollos producidos por factores personales, familiares e incluso físicos.

Respecto a los personales, la historia del individuo y la manera cómo logró o no resolver las crisis que se fueron presentando durante su desarrollo, la manera como los adultos que estuvieron a cargo fueron o no capaces de acompañarle, estableciendo en

cada etapa el ritmo idóneo entre acoger y soltar que el niño requería a cada momento según sus propias características tendrá una importante influencia en que llegado el momento de salida de la adolescencia, el individuo alcance o no la autonomía, ya que es a partir de la resolución de cada crisis, como cada ser humano desarrolla los recursos necesarios para poder llegar a hacerse cargo de sí mismo.

En cuanto al aspecto familiar, la manera como los padres reciben la noticia de que tendrán un bebé, y luego, el modo como ellos aborden, y comprendan cada etapa de su hijo, desde la gestación, hasta la genitalidad, atravesados como están, por sus propios padres y su propia historia determinará el ejercicio de su maternaje y su paternaje. Tanto el exceso de atención y la sobreprotección como la indiferencia vivida en cualquiera de las etapas de desarrollo dejan secuelas en las etapas siguientes, dificultando de diversas maneras el logro de la autonomía.

Respecto a los factores físicos, en todo hijo los padres depositan deseos inconscientes, expectativas de logros y temores, si el bebé nace sano y se desarrolla normalmente, se depositarán en mayor medida expectativas de logros, por otro lado cuando el bebé nace con alguna discapacidad, o la adquiere a consecuencia de alguna enfermedad o accidente el depósito predominante será de temores, el modo como los padres puedan elaborar y a su vez acompañar los logros y fracasos de su hijo influenciará directamente la manera como el hijo se ve a sí mismo y aprende a manejar esas situaciones. “Todo lo que se refiere al cuerpo tiene su resonancia en el proceso de construcción del self” (Shorn. 2002, p. 71)

En el caso de los niños con discapacidad, existe mayor tendencia hacia la sobreprotección, dado que el cuerpo discapacitado del hijo origina vínculos dependientes por periodos más prolongados, pues dependiendo del tipo de discapacidad, este hijo necesitará más del cuidado constante de los padres para sobrevivir.

Hijos adolescentes con discapacidad

La adolescencia es un periodo crítico en el desarrollo de todo ser humano, es el momento definitivo para ampliar su mundo, para salir del mundo predominantemente

familiar y encontrar un lugar propio en el mundo social fuera de la familia, el momento definitivo para retirar su libido de los objetos primarios, y dirigirla hacia otros objetos fuera de casa, de acceder a una identidad sexual acabada que le permita la elección de una pareja, para con ello iniciar la etapa genital y acceder de manera completa y plena al ejercicio de su sexualidad, así como de elegir una vocación que complemente su identidad.

Todo adolescente cualquiera que sea su condición física o mental, para alcanzar su autonomía debe pasar por dos procesos que son simultáneos el de separación – individuación, y el proceso de establecer su identidad.

Ya en sí mismo es un periodo de crisis, significativamente complejo tanto para los propios adolescentes como para sus padres, se complica aún más cuando se trata de un adolescente que vive con discapacidad, ya que esta condición va a atravesar todo su desarrollo incluyendo esta delicada etapa.

Para que los procesos que el adolescente requiere vivir para alcanzar su autonomía se lleven a cabo con éxito, son necesarios los aprendizajes que las etapas previas le han ido dejando.

En el desarrollo de un niño sano, lo corriente es que en su periodo de latencia, que suele coincidir con la etapa escolar, de entre sus compañeros, escoja amigos con los que forme grupos, que junto con ellos se desempeñe en distintas actividades, e incluso tome riesgos que bajo la vigilancia constante de los padres no tomaría, que ya cuando se asoma la pubertad elija un amigo íntimo con el cual identificarse que le sirva de puente, de objeto transicional entre el mundo familiar y el ámbito social, para que ya en la adolescencia pueda pasar de las relaciones especulares a las relaciones de objeto.

Para los adolescentes con discapacidad esos aprendizajes tienden a limitarse, en gran medida por las dificultades propias que las diferentes discapacidades imponen, pero no menos importante, también se limitan por las resistencias de los padres por desanudar los lazos establecidos que son vistos como indispensables. Por un lado está la dificultad inconsciente de abandonar el lugar narcisísticamente significativo, y por el otro el temor natural de la suerte que pueda correr el hijo que se separa y se

individualiza, dificultades naturalmente presentes en todos los padres, pero más intensas si al hijo se le ha mirado durante su desarrollo desde su discapacidad. Como resultado de ello, los hijos también experimentan mayor dificultad que los que no tienen una discapacidad, pues durante toda su vida han recibido reforzamientos tanto conductuales como verbales de los padres en particular y de la familia en general de que su identidad está ligada irremediabilmente a su discapacidad, colocándole constantemente en el lugar del que no puede, acrecentando el temor de dejar de ser el niño que permanece bajo el cuidado y la protección de los padres, lo que al mismo tiempo le asegura su cercanía dificultando la renuncia y el consecuente duelo por la niñez y los padres de la infancia

Los chicos con discapacidad suelen estar siempre bajo la vigilancia de un adulto, pasan en la escuela el tiempo estrictamente necesario y el resto del tiempo lo pasan en casa, generalmente no tienen la oportunidad que tienen otros niños de hacer amigos, y mucho menos de tener un amigo íntimo. Shorn (2002) asegura que ni siquiera logran formarse un concepto acabado de la amistad, y llaman amigos a todos por igual sin establecer intimidad emocional con ninguno. La prevalencia del temor a dejar la seguridad familiar y la ausencia del tan necesario amigo íntimo, hacen que para el adolescente con discapacidad la tarea de separación e individuación sea particularmente difícil.

Schorn (2002) considera que lo ocurre con muchos adolescentes que padecen discapacidad es “una latencia prolongada con ciertos afectos de un “como si, como si fueran grandes” o, a la inversa, “como si fueran chicos””. (p. 148)

Al adolescente con discapacidad se le dificulta más que a cualquier otro pensar y en consecuencia hablar de su pasado y de su futuro, ambos son temas difíciles tanto para ellos como para sus padres, pues el fantasma de la discapacidad todo lo permea, justificando y limitando el reconocimiento del pasado con sus dolores pero también con sus conquistas, y la mirada hacia un futuro el cuál visualizan sin posibilidad. El pasado provoca dolor, abre heridas, el futuro es impensable, pues tienen la creencia de que no pueden hacerse cargo de sí mismos, “... a ellos les cuesta hacer un despliegue de su

accionar hacia el afuera, hacia lo exogámico, no solamente por sus propias limitaciones, sino porque hay un acompañamiento familiar que lo sobreprotege” (Shorn, 2002, p. 153)

Con respecto a los hijos sin discapacidad, son esperables las conductas de separación e individuación, conductas que si bien se viven como caóticas, se sabe que llegarán, incluso por el recuerdo que los padres conserven de su propia adolescencia, pero cabe preguntarse si los padres de hijos con discapacidad también las esperan o más bien asumen defensivamente que no llegarán.

Como parte del proceso adolescente es necesario que el hijo mate simbólicamente el padre de su infancia, que el padre lo permita y que el hijo elabore este duelo y a su vez el padre mate al niño maravilloso que nunca fue y que nunca será y elabore el duelo. Sólo así tanto el padre, como el hijo podrán relacionarse desde una perspectiva más realista de lo que son el uno y el otro. Si a todo padre, le resulta difícil este proceso, el padre con un hijo con discapacidad no admite ser asesinado aunque sea en la fantasía, por aquel a quien él en sí mismo no valoriza, pues no le considera capaz, pues no puede diferenciar entre lo que sí puede hacer y lo que no puede hacer. “El hijo no puede ocupar “un lugar” si solamente ha sido marcado por lo que marca la discapacidad, “el no puedo” (Shorn, 2002, p. 174).

En consecuencia se dificulta la formación del Yo, pues los padres no renuncian a la fantasía de omnipotencia y omnisciencia, pretendiendo ser los únicos que saben lo que el hijo quiere o necesita, esto provoca que la identidad de muchos jóvenes con discapacidad se estructure de manera bizarra, lo que les lleva a una mayor dificultad para definir “quién es” y “qué quiere”, dificultad para dejar de definirse a partir de la mirada exclusiva de sus padres, y no habiendo amigos tampoco hay otros que le ayuden en esta tarea.

Shorn (2002) afirma que más que haber inmadurez como en la mayoría de los adolescentes, lo que hay es infantilismo.

Algunos adolescentes con discapacidad, incluso cargan con las frustraciones de los padres, con todo lo que ellos hayan tenido que abandonar para cuidarlos, experimentan entonces un intenso sentimiento de culpa, tan sólo por existir, lo que les

lleva a una mayor tendencia a desear ser, como ellos esperan que sean, negando así su deseo natural en esta etapa de ser y saber quién es.

Todas estas dificultades impiden el acceso a la vocación en un inicio y a la idea de trabajar posteriormente, pues ello le daría un lugar en el mundo social, exogámico. Cuándo no se consigue una elección vocacional y/o laboral que es uno de los pilares de la identidad adulta, la identidad se transforma en una serie de seudoidentidades familiares y el contacto con la realidad es poco objetivo.

Aunado a lo anterior, el tabú de la sexualidad aún presente en nuestra sociedad, encuentra mayor acogida en los temores naturales de los padres de que sus hijos con discapacidad sean más susceptibles dada su condición, a ser abusados, como defensa, se tiende entonces a desexualizarlos, no se habla del tema, no hay información ni acompañamiento en este sentido, dificultando con ello su desarrollo psicosexual, su acceso a la genitalidad y a la posibilidad de concretar una relación exogámica.

Lo que genera todas estas dificultades no es propiamente la marca orgánica, es decir la discapacidad en sí misma, sino la forma en que ha sido significada y vivida dentro de la familia, cuando el ámbito familiar es contendedor y favorecedor, cuando la familia y en particular los padres consiguen mirar a su hijo real, no definiéndolo desde la discapacidad, permitiendo la expresión de sus deseos y necesidades, brindando una contención y un acompañamiento adecuados, bien puede lograrse el acceso a un desarrollo vocacional, al mundo social, e incluso a la etapa genital incluyendo la elección de una pareja, considerando las adecuaciones pertinentes según la discapacidad con la que vivan.

Capítulo 3: La relación entre la psique y el cuerpo

3.1 La construcción psíquica del cuerpo

El cuerpo es un mediador entre el individuo y el mundo, sólo a través del cuerpo puede existir comunicación con el entorno, y construcción de una identidad asociada a un lugar en el mundo en general y en la sociedad en particular, es mediante la construcción de este representante del ser que un ser humano puede reconocerse como tal dentro de un espacio – tiempo, y ser reconocido como integrante de la especie humana.

Para poder entender lo que es el cuerpo, y como se construye en el ser humano su representación y la identificación de su “Yo” con esta representación, es necesario acudir a otros conceptos, tales como esquema corporal e imagen del cuerpo.

Fraçoise Doltó (1986) explica que “el esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal del contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles” (p 18), el esquema corporal es el mismo para todos, con independencia del lugar, la época o las condiciones en que se vive, mientras que la imagen del cuerpo está ligada a la historia individual, más específicamente a la historia del desarrollo psicosexual. A pesar de haberse producido un daño en el esquema corporal causado por alguna lesión, el individuo puede desarrollar una sana imagen del cuerpo.

La imagen del cuerpo es una construcción subjetiva ya que se desarrolla en interacción con otro, mediante una relación libidinal fundada en el lenguaje; el esquema corporal será el intérprete de la imagen del cuerpo que permitirá la objetivación de éste. Cualquier interrupción de la relación intersubjetiva en cuanto a la comunicación, puede tener consecuencias dañinas tanto en el esquema corporal como en la imagen del cuerpo.

El esquema corporal se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia, es inconsciente, preconsciente y consciente, es evolutivo en el tiempo y el espacio, y puede

ser independiente del lenguaje, esto es, se estructura de todas maneras, aunque se constituya con algún daño. La imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos, refiere el sujeto del deseo, a su gozar, y también a su frustración tras las prohibiciones de las que será objeto durante su vida, puede hacerse independiente del esquema corporal y siempre es inconsciente.

La imagen del cuerpo, se articula con el esquema corporal a través del narcisismo originado en la concepción, llamado narcisismo primordial.

La imagen del cuerpo se constituye por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional y una imagen de las zonas erógenas, que se encuentran ligadas entre sí, por la imagen dinámica.

La imagen basal o de base surge a partir del nacimiento, construida por la simbolización de los padres previa a su concepción, y es constitutiva del narcisismo primordial, es lo que proporciona la sensación de existencia y continuidad espacio temporal, cuya representación en el niño se irá modificando durante toda su vida, existe una imagen de base en cada estadio, cada uno irá aportando nuevos elementos en la medida en que el niño va experimentando y libidinizando mediante la relación libidinal con el otro, cada una de las partes de su cuerpo. Al respecto Doltó explica qué:

Aparece, después del nacimiento, primero una imagen de base respiratorio–olfativo–auditiva. Le sigue una imagen de base oral que comprende no solamente a la primera, sino igualmente a toda la zona bucal, faringo–laríngea. La tercera imagen de base, que es la imagen de base anal, añade a las dos primeras el funcionamiento de retención o de expulsión de la parte inferior del tubo digestivo, y añade asimismo la masa circundante constituida por la pelvis, con una representación táctil de las heces y del perineo.” (Doltó, 1986, p.44)

La imagen funcional surge de la tendencia al cumplimiento de deseo por mediación de una demanda localizada en el esquema corporal, es decir, a partir de una necesidad fisiológica que es satisfecha eróticamente dando lugar al deseo que va localizándose en las distintas partes del cuerpo haciéndola funcionar. “Cuando la imagen funcional es

total o parcialmente denegada, [...] el niño puede elegir como desenlace un funcionamiento de repliegue” (Dolto, 1986, p.48), es como si la parte denegada de la imagen funcional olvidara su función.

La imagen erógena en asociación con la imagen funcional, es la que establece las zonas de placer o displacer erótico en la relación con el otro, es decir, las zonas erógenas propiamente dichas.

Estos tres componentes de la imagen del cuerpo se metabolizan, se transforman y se reorganizan bajo la forma de castraciones simbolígenas, es decir, castraciones que posibilitan la simbolización y moldean la imagen del cuerpo.

La imagen del cuerpo comienza a formarse desde el útero, desde allí dentro el bebé recibe la proyección de su madre y de los adultos que están cerca de ella, puede desde allí sentir los afectos tanto positivos como negativos de mamá, conforme va desarrollándose va registrando diferentes sensaciones.

El bebé deberá pasar por una sucesión sistemática de castraciones, cada una referida a cada etapa, así, el individuo deberá pasar por una castración umbilical al momento de nacer, una castración oral, al momento del destete, una castración anal mediante el control de esfínteres, una castración genital no edípica, producida por la percepción de la diferencia anatómica de los sexos, y una castración genital ligada al complejo de Edipo, pero sólo si estas castraciones son simbolígenas darán lugar al sano desarrollo de la imagen del cuerpo.

Si bien, la palabra castración se refiere a la mutilación del órgano sexual, en psicoanálisis tiene una connotación diferente, Dolto dice que siempre es algo por recomenzar, ella refiere como castración las diferentes pérdidas que se enfrentan durante el desarrollo, si se elaboran adecuadamente impulsan al sujeto a la siguiente etapa, si no, pueden dar lugar a mutilaciones, simbólicamente hablando.

El proceso para cada castración, comienza siempre con el registro en el esquema corporal de una necesidad que al ser satisfecha dentro de la relación erótica subjetiva da lugar al deseo, el cual al ser cumplido permite que se experimente un goce en un

lugar específico y de un modo específico, ese goce será frustrado, mediante la prohibición de ese modo específico con el que antes se lograba, permaneciendo el deseo que para ser cumplido deberá buscar o crear otras vías. A esa prohibición es a lo que en psicoanálisis se le denomina castración.

Para que la castración sea simbolígena, esa prohibición impuesta por los adultos debe estar acorde a la ley, ley a la que el adulto también ha estado y está sujeto, se trata de una ley que aunque parezca en primera instancia represiva, es posibilitadora del desarrollo que se necesita para ser introducido en el mundo humano cada vez más, es una ley que refuerza el deseo pero que produce una transformación en quien la recibe, pues le provoca el uso de otras habilidades que hasta antes de ella no le eran necesarias para cumplir su deseo. Otra condición para que sea simbolígena, es que sea realizada en el marco del cariño y la comunicación, será la paciencia y las palabras de la madre y los demás adultos a cargo los que enunciarán la prohibición, acompañarán la frustración que esta genera, y abrirán las demás posibilidades para el niño, este acompañamiento amoroso a través del lenguaje, es indispensable para que el proceso en cada estadio pueda producirse sanamente. Según Doltó:

“Hay un momento preciso para aportar cada castración; este momento es aquel en que ya las pulsiones, aquellas que están en curso, han aportado cierto desarrollo del esquema corporal que hace al niño capaz de obtener placer de otra manera” (Doltó, 1986, p.71). Cuando la castración se aplica a destiempo el niño experimenta una regresión tanto en el desarrollo de su imagen del cuerpo, como en su esquema corporal.

Hay cuatro momentos clave, o de crisis, es decir, cuatro castraciones fundamentales que irán construyendo la imagen del cuerpo, cada una de ella establece una separación de los objetos de amor, estas castraciones son:

Castración umbilical: El nacimiento es un hecho natural, pero en el ser humano es también un hecho simbólico, pues involucra las reacciones, las miradas y los afectos con los que es recibido el bebé, la satisfacción o frustración que su sexo, y su aspecto físico provoquen en sus padres, todo esto deja en el recién llegado una huella indeleble y determina en gran medida, la forma como vivirá todos los cambios por lo que pasa al

momento de nacer, cambios todos ellos angustiantes, angustias que requieren ser contenidas. Para sobrevivir, el bebé requiere de los cuidados de la madre, que le ayudarán a adaptarse a nueva vida en un medio completamente diferente al que antes le rodeaba.

El corte del cordón umbilical y su ligadura, son en esta castración el acto necesario para la separación, de la vida intrauterina a la vida extrauterina, este corte origina el esquema corporal en los límites de la envoltura constituida por la piel y separada ahora de la placenta, mientras que la imagen del cuerpo ya se había originado, al menos parcialmente dentro del útero, ahora con el nacimiento se modifica por la variación brusca de sus percepciones en particular la pérdida del sonido del doble latido del corazón, “esta primera castración mutante servirá de matriz a las modalidades de las castraciones ulteriores” (Dolto, 1986, p75), la forma como esta se lleva a cabo en lo simbólico marca el nuevo psiquismo del ser humano independientemente de su organicidad.

La castración oral: Es el segundo renunciamiento crítico, el acto que le corresponde es el destete, la prohibición del contacto de la boca del bebé con el cuerpo de la madre y del canibalismo hacia la madre; ante esta prohibición, si la castración es dada correctamente, el niño sigue compartiendo con la madre, mediante objetos y palabras que ahora van a representar esos pechos perdidos, abriendo nuevas posibilidades para la boca y para las manos, pues probará nuevos alimentos, y su boca descubrirá otras formas de goce, y su motricidad se extiende y juega con los otros a manipular los objetos, se amplían sus posibilidades de relación con otros seres humanos, por tanto los frutos de esta castración serán: la simbolización del goce, en la libidinización de los objetos y palabras que le acercan a mamá, así como de las nuevas habilidades que va descubriendo, la incorporación de las funciones extendidas de la boca, los brazos y las manos a su imagen del cuerpo y la objetivación de estos mismos elementos a su esquema corporal.

Tanto la madre que se muestra completamente indiferente hacia su hijo, como la que le asfixia, angustiada ante la separación, incapaz de contenerse a sí misma, y por

tanto no pudiendo contener al hijo, no promueven un destete favorable, lo que puede tener como consecuencias, dificultades del desarrollo del lenguaje y la motricidad.

Con respecto a la castración anal, hay dos acepciones, la primera, se la designa como un segundo destete, es la separación de la madre en cuanto a los cuidados constantes de higiene y movilidad, pues en esta etapa, el niño ya es capaz de una motricidad voluntaria y ágil, reclama para sí, cierto grado de autonomía cuando ya no desea ser ayudado, y se empeña en hacer las cosas él solo; la segunda es la prohibición de dañar a otro o a sí mismo con sus nuevos movimientos. El hecho que marca este momento crítico, es el control de esfínteres, pues el niño ya no requiere ser acompañado al baño, ni limpiado, ni cambiado, todas estas acciones, las puede ya realizar él solo, sí, quizá con cierto apoyo de los adultos, pero cada vez menor hasta desaparecer.

Por otra parte, abre las posibilidades de adquirir habilidades nuevas mediante la práctica de su motricidad cada vez mayor, aprende a manejar los espacios, a controlar su fuerza, desarrolla su creatividad industriosa, y además, al ser ahora él quien se asea sus partes íntimas, descubrirá eventualmente el placer que estas le aportan abriendo con ello, el camino hacia la experimentación de otros placeres en las etapas posteriores. Incorpora así, la valoración de las funciones de las partes de su cuerpo que se han desarrollado y le permiten ahora obtener placeres y cumplir deseos mediante ellas, a la imagen de su cuerpo, que se añaden objetivamente a su esquema corporal.

El fracaso en la aplicación de esta castración, tendrá como consecuencias dificultades en el desarrollo motor de las piernas principalmente y de su capacidad creativa.

Es por esta época de deambulación y autocontrol motor, que el psicoanálisis ubica el estadio del espejo que se refiere al momento en que el niño se mira al espejo, y consigue con ello la integración motriz de su propio cuerpo mediante el estímulo visual de su reflejo. Aunque no es el hecho sólo de mirarse al espejo el que conseguirá el logro de la integración, es necesario que este vistazo frente al espejo sea en compañía de un adulto con quien ya ha establecido una relación simbólica en cuyos ojos el niño se ha

mirado, el que le muestre que ese del reflejo es él mismo y no otro niño, y en donde él pueda constatar en el reflejo de su acompañante que también es sólo eso, un reflejo.

“Lo que puede ser dramático es que un niño al que le falta la presencia de su madre o de otro ser vivo que se refleje con él, acabe “perdiéndose” en el Espejo.” (Doltó, 1986, p. 119), bajo la creencia de que es otro niño, tratará de relacionarse con él, sin obtener respuesta.

Así, el estadio del espejo, es simbólico si el niño puede reconocer que ese reflejo es el de su cuerpo, y así reconocerse como uno entre los otros niños que ha visto con un cuerpo semejante, cuando no lo reconoce como suyo puede por el contrario ser des-simbolígeno.

Esta visión, traerá modificaciones a su imagen del cuerpo, que hasta antes de ella se elaboró a través de la relación simbólica con la madre, de su lenguaje, su acompañamiento y sus juegos, pero todo ello no individualiza completamente su cuerpo, pues los límites espaciales de sus percepciones basados en el lenguaje no son precisos, las castraciones anteriores permitieron la separación y una relativa individuación. Sin embargo, la integración definitiva como individuo es el principal aporte del estadio del espejo, pues de aquí en adelante, quedarán ligados, su imagen del cuerpo, su esquema corporal, y la imagen escópica que le da un rostro y un cuerpo específico, distinto al de los demás, y que desde ese momento será indisociable de su identidad. Le proporciona un modo de mirarse a sí mismo y reconocerse entre todos los demás, “...esta imagen escópica debe entonces superponerse para él a la experiencia, ya conocida, del cruzamiento de su esquema corporal con su imagen del cuerpo inconsciente” (Doltó, 1986, p. 121), es este el momento en que se da cuenta de que la imagen en el espejo no es otro niño, y de que él es la causa de la imagen. “Sólo tras la experiencia especular, que el niño repite experimentalmente con sus idas y venidas deliberadas frente al espejo, comienza en cierto modo a apropiarse de su propio cuerpo”, (Doltó, 1986, p.127) dando lugar al nacimiento de su narcisismo primario.

A partir de esta experiencia el niño ya no puede confundirse con nadie, ni con nada más, lo que antes hacía, no puede confundirse ya con los fantasmas narcisísticos que le permitían imaginarse como le gustaría ser.

La castración primaria, también llamada, castración genital no edípica, hace de puente entre, la castración anal a la que está ligada y la castración genital edípica que le sucede directamente, y se trata de la diferencia de los sexos femenino y masculino. Tras este descubrimiento, el infante, se ubica a sí mismo como varón o como niña, y esto para él será motivo de satisfacción o de desilusión ya que va a estar directamente relacionado con las expresiones que haya escuchado en el seno familiar referidas hacia el sexo al que pertenece.

Todo niño al darse cuenta de esta diferencia fantasea con que se trata de una anomalía, un defecto o una mutilación, pues hasta antes de este momento, él creía que todos eran como él, esto despierta la pulsión de investigar, pulsión que se extiende a todo lo que le rodea y no comprende, de todo quiere saber lo que es, de lo que está hecho, su funcionamiento, y su causa, y si los padres se muestran especialmente incómodos con este descubrimiento del niño, y sus deseos de investigar y explorar respecto la diferencia sexual recién descubierta, añade a sus fantasmas la angustiosa idea de que han sido los padres, los responsables de la mutilación.

En la mayoría de los casos, aceptar esta diferencia, es decir esta castración primaria, implica una valorización para ambos sexos del pene como forma bella y deseable, y también se valoriza la bella forma de pecho, respecto a la niña, en un segundo tiempo y tras darse cuenta de que ella también puede hacer pipí, aunque no tenga un [hace pipi], y descubrir además en su búsqueda de uno, con la idea de que tal vez le crezca, que siente placer, es decir, cuando descubre su clítoris, y se da cuenta de que también su madre y las otras mujeres están hechas igual que ella, deduce que esta es la condición para tener o hacer bebés, y para gustarle a los papás, y entonces la acepta, acepta su botón especial (clítoris) y la esperanza de que tendrá los otros dos botones (el pecho), tras habersele asegurado que crecerán como los de mamá, y comienza a jugar a ser mamá para así poder conformar todos estos descubrimientos a su esquema corporal.

La pregunta en su mente de ¿cómo se hacen los bebés?, está constantemente dirigiendo sus investigaciones, puede ser que en ellas descubra la forma en que en la naturaleza en general ocurre la procreación, al menos en el sentido de que se requiere de la participación tanto del macho como de la hembra, le lleva a darse cuenta de que es producto de un encuentro entre mamá y papá, encuentro sexual que deber ser verbalizado como origen de su nacimiento, pero, también qué lo que le hace distinto de un animalito, o de cualquier otra forma en la naturaleza, es el deseo entre sus padres, y después el deseo dirigido hacia él, deseo que le da un lugar en su sociedad. Es sólo a través de la explicación verbal de los padres respecto a la decisión de [hacerlo], y la forma de hacerlo, es decir, la relación sexual, y de la responsabilidad que ello implica en su concepción, crianza y educación, es como dentro de su mente se completa por decirlo así el esquema familiar, y puede ubicar su lugar dentro de su familia, identificando también el lugar de los demás, es decir, que la explicación parental de lo que significa ser padres, le lleva a comprender, quienes son los abuelos, quienes los tíos, quienes los hermanos, y así cada miembro de la familia que conoce, así es como puede comprender la filiación familiar.

Derivado de ello, el niño entra en la inteligencia de la relación triangular, lo que le conducirá al Complejo de Edipo.

La castración primaria, es decir el descubrimiento de niño del sexo al que pertenece, puede fallar respecto a sus efectos simbólicos si se le niega información, se la da distorsionada, se le reprime antes sus preguntas e investigaciones respecto a lo que observa, escucha y siente. Cuando por el contrario se le explica con claridad lo que él desea saber respecto a la diferencia sexual, se da cuenta por primera vez que se trata de una ley que afecta a todos, a un hecho natural del que nadie escapa, el efecto simbólico que ello produce, si se ha valorizado su sexo en la familia, y se le ha hablado de él con orgullo será la valorización de sí mismo como miembro de ese sexo, y en consecuencia la valorización de su persona.

Su imagen corporal deja ahora de ser inconsciente, ahora es consciente de que su cuerpo de niña o de niño se transformará hasta convertirse en el de una mujer o un

hombre respectivamente, buscará mucho más activamente la identificación con el genitor de su mismo sexo.

La castración genital edípica es la etapa siguiente al descubrimiento de los sexos y la pertenencia definitiva a sólo uno de ellos, y es con este sexo ya identificado como el individuo entrará al Complejo de Edipo, la manera de transitarlo será diferente para el varón y para la niña.

Al principio ambos desean casarse con la madre, aunque por razones diferentes, los varones por su tendencia natural a tener la iniciativa sexual, las niñas, porque como la madre, desean poder tener hijos, y creen que tener hijos es un asunto exclusivamente femenino, entonces creen que al casarse con la madre, ella les dará aquello con lo que se pueden tener hijos, de aquí la simbolización y valorización posterior de la vagina y la matriz.

En el varón, las funciones genitales activas siguen siendo pulsiones parciales que con relación al falo son centrífugas, es decir, que se dirigen al objeto de su deseo (la madre) y por otra parte al identificarse varón como su padre, desea las mismas prerrogativas que él, lo que incluye por supuesto gozar de su madre, estableciendo con él al mismo tiempo que una identificación, una rivalidad. Y es justo aquí donde el padre debe proporcionar la castración, enunciando la prohibición del incesto, clara y definitivamente, diciéndole que su madre le está prohibida porque un hijo y su madre jamás pueden unirse sexualmente y hacer hijos, y que esta prohibición se extiende a todos los miembros de la familia. Con ello está enunciando la Ley humana de prohibición del incesto, ley a la que el mismo padre está también sujeto. Las pulsiones entonces se desplazan y se representan sobre instrumentos y juguetes que puedan simbolizar al pene, sobre actividades manuales, intelectuales y lúdicas, quedando así latentes y en espera del momento en que realmente sea como su padre, y pueda tener una relación con una mujer como la que él tiene con su madre. De esta forma es como la castración genital edípica introduce definitivamente al varón en el mundo de los humanos.

En la niña, las pulsiones parciales con relación al falo, son centrípetas, es decir, que en lugar de dirigirse como el niño al objeto de su deseo por su iniciativa sexual,

atraen hacia sí el falo, esto es, el deseo del otro, cualquier otro que pueda darle hijos, por tanto la niña desea gustar, busca ser atractiva, si se ha identificado con la madre y el padre valoriza a la madre frente a la hija, ésta deseará sus prerrogativas y privilegios, la niña entonces tratará de seducir al padre, de atraerlo hacia sí, desarrolla así cualidades femeninas que después podrá utilizar para lograr el éxito social, procurará destacar en todas las actividades que hacen los adultos pues desea gustar, tanto al padre como a la madre, aunque más al padre, a fin de que éste la considere tan o más valiosa incluso que a su mujer. Con la madre establece al mismo tiempo tanto una identificación como una rivalidad. La niña descubre así que al aceptar que no tiene pene, desarrolla sus poderes de seducción, no para tener un pene, sino para atraer a quien lo tiene y así gozar de él. La enunciación en este caso de la Ley del incesto, dejará latente el deseo de poseer a quien tiene el falo, deseo que buscará ser colmado cuando lo logre y tenga un hijo.

“El decir de la prohibición del incesto saca al varón del Edipo y, al contrario introduce en él a la niña.” (Dolto, 1986, p.157)

La verbalización de la prohibición del incesto, es decir, la castración genital, liberará, pasado el periodo de latencia, el deseo para su realización fuera del ámbito familiar. Surge con ello el narcisismo secundario, que es el nivel de relación que el sujeto alcanza consigo mismo tras esta última castración que además introduce al individuo en el mundo social, en consecuencia cuando está no se procura adecuadamente, él quedará atrapado, y tendrá importantes dificultades para desenvolverse dentro de la sociedad.

Cuando, sin percatarse los Padres, las pulsiones eróticas incendiarias del niño obtienen satisfacción en el cuerpo a cuerpo que él se ingenia en conservar, ya sea con caricias o acostados en su cama, situación tan perturbadora eróticamente como los castigos corporales que en los fuerza a aplicarle, el niño corre el riesgo de una regresión y de no mantener la cohesión entre la imagen del cuerpo y el esquema corporal correspondiente a su edad, esa cohesión que le permite a la vez seguir

siendo sujeto de su historia y conquistar su estatus de humano. (Doltó, 1986, p.162)

Al llegar la adolescencia, el empuje puberal, acompañado por el rápido desarrollo de los órganos genitales y de los caracteres secundarios, trae nuevamente a lo imaginario las representaciones de los deseos de su infancia, el adolescente revive en muy corto tiempo las etapas significantes de todo su desarrollo hasta el Edipo, despertando por un lado sus angustias, pero también reconociendo y reafirmando sus logros.

Con todos los cambios corporales, el adolescente debe reestructurar su imagen corporal con las nuevas sensaciones y las nuevas funciones, encontrando ahora esa validación subjetiva cada vez con más fuerza fuera de la familia, mediante la mirada y la comunicación con otros adolescentes así como articularla con su esquema corporal también en proceso de modificación.

Por otra parte, los logros adquiridos, las aptitudes tanto tecnológicas como culturales durante el periodo de latencia, se orientan ahora hacia la vocación y la capacidad para independizarse económicamente de sus padres, es decir hacia el trabajo, que representan su salida de la familia, y su colocación definitiva en la sociedad.

Si este desplazamiento se ve frustrado, el joven puede experimentar algunas conductas regresivas, dado que las pulsiones ahora activas, se ven obligadas a regresar a una posición pasiva que puede desembocar en conductas violentas o autodestructivas.

En conclusión, la imagen del cuerpo se desarrolla siempre mediante una relación afectiva, que frustra, acompaña y abre nuevos caminos, el esquema corporal es el representante que va a presentar las modificaciones objetivas producidas por el desarrollo de la imagen corporal, ambos están ligados y se integran definitivamente como un cuerpo accesible a la consciencia en el estadio del espejo, de ahí en adelante, es como tal, simplemente un cuerpo específico, que condensa tanto a la imagen corporal como al esquema corporal, que seguirán sufriendo cambios durante toda la vida, pues

el cuerpo del ser humano aunque haya pasado ya estos momentos críticos de la estructuración psíquica y la formación de la identidad, seguirá siempre cambiando.

3.2 La vivencia del cuerpo discapacitado

El cuerpo es el mediador organizado entre el ser y el mundo. Es a través del cuerpo que los seres humanos percibimos tanto al mundo como a nosotros mismos, con el desarrollo este irá adquiriendo ciertas características y habilidades enmarcadas dentro de la potencialidad biológica impuesta por nuestra especie, y nuestra genética por un lado, y por la manera como psíquicamente se estructura por otro, ya que en el ser humano, psique y cuerpo están íntimamente ligados.

Es decir, que el cuerpo humano, tiene su potencialidad de desarrollo pero también sus limitantes, un ser humano llegará a ser capaz de realizar muchas cosas, pero también habrá otras que jamás realizará, esto lo va a comprender durante su desarrollo, a través de las experiencias y el acompañamiento de quienes estén a su alrededor.

La Organización Mundial de la Salud (2019), afirma que la palabra discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Un cuerpo discapacitado, es aquel que tiene entonces deficiencias, limitaciones y restricciones que pueden ser sensoriales o motoras, y que lo hacen diferente al de las demás personas, particularmente limitado con relación al desarrollo normal de la potencialidad humana.

La manera de vivir en un cuerpo discapacitado, no sólo se relaciona con las limitaciones específicas del mismo, sino también con las características de la sociedad

en la que la persona está inmersa. Es importante por tanto, tomar en consideración tanto el contexto como la historia social y familiar.

La convivencia con una persona que tiene alguna discapacidad moviliza las angustias de castración inconscientes de todas las personas “normales” involucradas. De la capacidad de aceptación ante la propia vulnerabilidad depende en gran medida la capacidad de acompañar de manera sana la discapacidad de alguien y de proveerle de un ambiente propicio para su máximo desarrollo posible.

Doltó (1986) explica que las afecciones orgánicas precoces pueden provocar trastornos del esquema corporal, ya que este se construye a través de las experiencias objetivas, por su parte, que la imagen del cuerpo pueda estructurarse sana o no, dependerá del significado que mediante el lenguaje tanto verbal como no verbal proporcionen los cuidadores primarios, lo que a su vez depende del modo en que ellos mismos logran elaborar la herida narcisista producida por la discapacidad de su hijo.

Respecto a los casos en que la discapacidad es motora, Doltó destaca la diferencia de que la afección se presente antes o después de los tres años, ya que si se presenta después, es decir, cuando ya se ha adquirido la marcha, el control de esfínteres y el saber respecto a la pertenencia a un solo sexo, a pesar de la afectación que pueda sufrir el esquema corporal puede desarrollarse una imagen corporal compatible con ese esquema, si se acompaña mediante el lenguaje de forma respetuosa y amorosa al niño en el proceso de duelo que necesariamente habrá de presentarse por la pérdida de habilidades que ya se habían alcanzado.

Si la discapacidad motora se presenta antes de la adquisición de la marcha, el esquema corporal puede quedar permanentemente dañado, y también aquí el sostenimiento y verbalización de los conflictos y las angustias, el intercambio mutuo de lenguaje y en general la presencia atenta, y sostenedora de los padres permitirán al niño crear una imagen del cuerpo sana y en concordancia con el esquema corporal a pesar de los daños que tenga.

Cuando se accede a un proceso de rehabilitación, el esquema corporal puede recuperarse pero para que la imagen corporal pueda seguir desarrollándose y logre el

entrecruzamiento correcto con el esquema corporal será indispensable la relación subjetiva con la madre o quien realice la función, que sea flexible, satisfactoria sin excesiva angustia y adaptada a las necesidades del niño, dando lugar, significado y palabra a los deseos del niño sean o no realizables, proporcionando constantemente principio de realidad respecto a lo que puede o no hacer con su cuerpo y lo que podrá hacer después, así como crear junto con él un espacio y tiempo seguros para la exploración de las habilidades que vaya recuperando y adquiriendo promoviendo con ello su gradual autonomía.

La evolución sana del sujeto discapacitado, simbolizada por una imagen del cuerpo no inválida, depende de la relación emocional de los padres con su persona; de que muy precozmente éstos le ofrezcan, en palabras, informaciones verídicas relativas a su estado físico de lisiado. Estos intercambios humanizadores – o por el contrario su ausencia, deshumanizadora - dependerán de que los padres hayan aceptado – o no - la invalidez del cuerpo de su hijo (Dolto, 1986, p. 19).

Cuando ante las evidentes dificultades y limitaciones físicas de sus hijos, los padres dejan de vincularse con la persona del niño y sólo atienden las necesidades de su cuerpo, se pone en riesgo tanto la estructuración de la imagen del cuerpo como la misma estructuración psíquica, lo que repercutirá directamente en la formación de su self, el niño construirá su self identificándose con la discapacidad, se mirará a sí mismo como el discapacitado, en lugar de mirarse como un ser humano que posee un cuerpo con discapacidad.

Existe una gran diferencia entre “ser” un discapacitado y tener una discapacidad, pues ser un discapacitado le obliga a quedarse en un estado pasivo ocupando siempre un lugar de dependencia para con los demás, sin desarrollar su potencial y tener una discapacidad, tan sólo quiere decir que no será capaz de hacer lo mismo que los demás del modo en que lo hacen los demás, pero deja abierta la posibilidad de hacer otras cosas o de hacer las mismas de maneras diferentes.

Otro aspecto que con frecuencia se presenta con hijos que poseen un cuerpo discapacitado es que el proceso normal de separación e individuación puede encontrar en la discapacidad un obstáculo importante, ya que la misma discapacidad propicia una mayor y más prolongada dependencia que en los casos de niños “normales”. Para esto es importante que los padres además de proporcionar el espacio, tiempo y acompañamiento para que el niño alcance gradualmente su autonomía, ellos mismos no desatiendan sus propias necesidades, es necesario establecer un equilibrio dentro del cual las necesidades de todos los miembros de la familia tengan lugar y tiempo de ser atendidas.

Martha Shorn (2002) indica que regularmente entre los niños que padecen alguna discapacidad, al llegar a los cuatro o cinco años en que descubren e investigan acerca de sus diferencias con los otros niños, viven sus discapacidades como verdaderas castraciones cuya angustia se manifiesta en irritabilidad, bajo rendimiento, distracción, retraimiento y tristeza.

Otro de los procesos que se ven afectados por la presencia de alguna discapacidad son los procesos adolescentes, pues los chicos con discapacidad han crecido casi siempre más alejados de sus pares y más cercanos a sus padres, lo que dificulta enormemente el acceso a las actividades grupales, a la relación de pareja y al descubrimiento de la vocación.

Con el retorno del impulso sexual y el desarrollo intelectual, los adolescentes luchan por reprimir sus nuevas ideas para no perder el amor de sus objetos primarios, logran descargar parte de las energías reprimidas en las fantasías que podrá exteriorizar y compartir con su grupo de amigos, a manera de sustituto de las figuras parentales de las que poco a poco se va separando. En el caso de los adolescentes con discapacidad, esta represión se produce con mayor fuerza, y en caso de que la descarga pueda hacerse mediante la fantasía, esta no es compartida con tanta facilidad pues no hay tal grupo de amigos con los que compartir, aunado a que hay una mayor dependencia de los padres a causa de la discapacidad misma, el niño experimenta un “Yo” empobrecido y confundido tras años de aprendizaje en la aceptación y el sometimiento de sus propios

deseos ante los deseos del otro, al principio los padres, y después desplazándolo hacia las figuras de autoridad en general.

Por otra parte, entre las tareas de desarrollo del adolescente está la resolución de su crisis de identidad, es el asesinato fantaseado del padre quien debe “dejarse matar” para resurgir resignificado ante los ojos del hijo, esta tarea, la de “dejarse matar” es, particularmente difícil para los padres con hijos que viven una discapacidad, pues su narcisismo le impide consentir en “ser asesinado” por alguien a quien él mismo no valoriza ni admira pues permanece marcado por la discapacidad en una posición de impotencia, quedándose en el lugar del “pobrecito”, la aspiración normal de cualquier adolescente de convertirse en un adulto se ve así coartada o al menos dificultada, produciendo en el adolescente con discapacidad una identidad bizarra, un no saber quién es más allá de la discapacidad que lo marca.

Recientes investigaciones con adolescentes que sufren discapacidad:

Dután & Salas (2014) Realizaron un estudio con diez adolescentes de 15 a 27 años, todos ellos con discapacidad intelectual leve, en este estudio exploraron los efectos de la sobreprotección en la estructuración del vínculo madre – hijo sobre el modo de relacionarse, para ello realizaron entrevistas a los padres de los adolescentes, y a los docentes, también aplicaron una escala de estilos parentales basada en la teoría del vínculo de John Bowlby e hicieron observaciones durante las clases y los recreos, elaborando con estas observaciones un registro anecdótico. Mediante las entrevistas con los padres y la aplicación de la escala determinaron que todos los adolescentes estudiados fueron sobreprotegidos y que incluso la sobreprotección se extendió al menos hasta el momento del estudio, mostrando además dificultad para verlos como adolescentes, y persistencia en verlos como niños. Del análisis de la información recogida por las entrevistas con los docentes y el registro anecdótico de las observaciones, resultó que en la mayoría de los casos se hallaron fallos en la conducta adaptativa como timidez, inseguridad, desinterés para socializar, y aislamiento, los profesores reportaron que sus alumnos no buscan pertenecer a un grupo de pares, y que el mayor conflicto observado fue una fuerte dependencia materna.

En otro estudio realizado por Parra (2014) con 35 adolescentes de 14 a 20 años con discapacidad cognitiva leve cuya finalidad fue elaborar un plan de intervención para favorecer la comunicación de los padres con sus hijos para fomentar su independencia. Para la recolección de su información utilizó, entrevistas a profesores y padres de familia y también construyó un grupo focal con los adolescentes, con ello analizó la comunicación que existía entre los padres de estos adolescentes y sus hijos, mediante la observación participativa, hizo comparaciones entre la conducta de los adolescentes cuando los padres estaban presentes y cuando estaban ausentes, encontrando que ante la presencia de los padres, los adolescentes se comportaban menos espontáneos, más calmados y se mantenían al lado de ellos, buscando en todo momento la aprobación de sus padres para actuar incluso cuando debían seguir las instrucciones de los docentes. Respecto al comportamiento de los padres, pudo observar que entre más nervioso estuviera el padre, menos espontaneo se comportaba el hijo.

Del análisis de las respuestas del grupo focal, encontró que dos temas se repetían en el discurso paterno, uno sobre lo peligroso de determinadas actividades como ir a la tienda solos, tomar el autobús solos, desempeñarse adecuadamente en la cocina, abrir latas, o levantar cosas rotas; y el otro, sobre las relaciones interpersonales. Respecto a este tema, los adolescentes mencionaron que es un tema difícil de tratar con sus padres, pues reaccionan negativamente, y les dicen que en caso de salir con alguno de sus compañeros del barrio deben hacerlo siempre acompañados. Respecto a sus compañeros de la escuela a varios de ellos ni siquiera se les ocurría salir con ellos y a los que sí, no se les daba permiso por falta de vigilancia. Son una minoría quienes llegaban a salir para hacer otras actividades además de las académicas.

Con relación a la encuesta dirigida a los padres, el autor encontró que los padres por un lado se preocupaban por que sus hijos fueran independientes, pero por el otro tenían miedo de que se lastimaran, por tanto se les intentaba enseñar a ser independientes pero sólo hasta donde los padres lo consideran seguro, como ejemplo menciona que les enseñaban a preparase comida, pero esta se restringía a preparar sándwiches o usar el microondas, considerando que hacer algo más elaborado en la cocina era peligroso para ellos. Finalmente en la entrevista a los profesores, ellos

reportaron que los estudiantes sí son capaces de realizar algunas de las acciones que sus padres les prohíben pero que también hay un problema de sociabilidad, y que hay un cambio significativo en su conducta cuando están sus padres presentes, que se vuelven más indisciplinados e introvertidos y sólo quieren interactuar con ellos.

Estos chicos, cuando no logran resolver las crisis propias de su adolescencia quedan sometidos a las estructuras familiares, que los infantilizan, pero con el conflicto del deseo reprimido de ser adultos autónomos.

Cuando sí se puede mirar al hijo más allá de su discapacidad, la situación cambia, como se puede apreciar en el artículo ¿Cuerpos marcados o miradas débiles? en el que Mónica Amado (2018) analiza el caso de Alexandre Jollien, escritor y filósofo suizo quien nació en 1975 con parálisis cerebral, relatado en su obra “Elogio de la debilidad”, lo compara con el caso de Cristi Brown pintor Irlandés nacido en 1932 y aquejado también de parálisis cerebral, cuya vida fue llevada a la pantalla grande con un película titulada “Mi pie izquierdo”.

En este texto, Alexandre relata que al nacer requirió reanimación por lo que lo separaron de su madre, y que su madre lloraba pidiendo que su hijo viviera sin importar cómo, el deseo de la madre se cumplió, el niño vivió y 10 días más tarde le fue devuelto a su madre con la advertencia de los médicos de que no podían saber cómo evolucionaría, ella respondió que eso no importaba, que lo importante es que vivía, y abrazó a su “magnifico” bebé.

Mónica Amado, comienza su análisis resaltando la importancia del primer encuentro en que la madre nombró a Alexander “mi hijo”, al pedir por su vida y 10 días después al recibirlo lo mira como su “magnífico bebé”, mirada que dejó una huella que quedó tan marcada que el mismo Alexander así lo escribe 23 años después.

En esa misma obra Alexander relata que estuvo en una institución especializada de rehabilitación durante 17 años, de los 3 a los 20, que no le auguraba más que la rehabilitación de su cuerpo y un destino de segregación, a pesar de ello, él se abrió paso en la Universidad y estudió filosofía. Él menciona que la filosofía le permitió comprender en el sentido más profundo del término, lo que a él le pasaba, y la forma de

sacarle provecho y menciona también que al centro de rehabilitación a veces iban practicantes, y recuerda que le molestaba ser tratado como un caso clínico, en lugar de como una persona, lo que indica que él sí se valoraba como una persona, pues así fue mirado por su madre.

Por otra parte en la película “Mi pie izquierdo” puede verse como Cristi logra vencer las barreras que le impedían integrarse a la sociedad, sostenido por el incondicional apoyo de su madre.

Mónica Amado, en su análisis nos hace ver como la capacidad de reverie y la mirada amorosa y libidinizada de estas madres para con sus hijos, dieron lugar a la construcción de una identidad suficientemente buena no sólo para integrarse a una sociedad que a diferencia de sus madres no esperaba nada de ellos y que tampoco proveía condiciones para ello, sino incluso a destacar entre otros.

En conclusión, la vivencia del cuerpo discapacitado dependerá en gran medida de que los padres puedan aceptar la discapacidad de su hijo y con base en esa aceptación se vinculen con él de manera intersubjetiva, más allá de su cuerpo, y logren proporcionar un espacio psíquico y físico que promueva su autonomía mediante el máximo desarrollo posible que ese cuerpo discapacitado pueda lograr, hallando un equilibrio entre las necesidades del hijo y las del resto de los miembros de la familia incluidos los mismos padres.

3.3 La somatización como síntoma

Según el diccionario, un síntoma es un fenómeno que revela la existencia de un trastorno o de una lesión (Larousse 2017).

En el terreno de la psicopatología, síntoma se define como un indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional, y por tanto no es necesariamente patognomónico (Belloch, 2008) y se diferencia de un signo en que el signo es objetivo, es decir, se observa a simple vista, mientras que el síntoma debe referirlo la persona que lo siente.

En psicoanálisis, se trata de un concepto más complejo, que Freud fue construyendo a lo largo la realización de su obra, en un principio, lo definió como retorno de lo que se ha reprimido y que es inconsciente, explica que las representaciones inconscientes se organizan en cadenas asociativas formando una estructura nueva, estructura que se manifiesta en la asociación libre y da cuenta de un lazo simbólico entre las causas de los síntomas y su expresión patológica. (Pascual, Ruiz y Gallano, 2008).

Explica también que los síntomas se forman a partir de dos experiencias que se asocian mediante representaciones inconscientes en la memoria, existe una primera experiencia de displacer y su representación en la memoria y una segunda experiencia que a través de la cadena asociativa reaviva la primera experiencia, es durante esta segunda experiencia que surge la defensa formando el síntoma.

Posteriormente explica que los síntomas están ligados al desarrollo psicosexual, y que lo que se reprime es la pulsión sexual, siendo la desviación de la libido sexual una defensa contra la castración, el síntoma servirá como una sustitución de la satisfacción sexual, es una formación de compromiso entre la satisfacción sexual y su defensa. Y agregó que el síntoma que sustituye la satisfacción sexual también produce sufrimiento.

En el camino que lleva a la constitución del síntoma, la libido vuelve al pasado fantasma y, aunque la satisfacción actual sea real. Ese pasado tiene que ver con las vivencias infantiles en relación a la sexualidad y a la fijación de la libido en una etapa de su desarrollo. (Pascual, Ruiz y Gallano, 2008, p.191).

Por otra parte, Freud plantea la retirada de la libido a la fantasía como estadio intermedio hacia la formación de síntomas, y aunque las fantasías no poseen realidad material, sí poseen realidad psíquica, y es a la realidad psíquica que las personas responden.

La libido entonces se desvía hacia la fantasía y de allí puede sublimarse o formar un síntoma. Freud supone al síntoma como la sustitución de una satisfacción sexual inconsciente, sustitución tan satisfactoria como la primera.

Ocurre que, al ligarse la formación del síntoma con la castración, es decir la prohibición de la satisfacción sexual, ésta en lugar de ocurrir, desvía la libido y la coloca en la sustitución, es decir el síntoma que provoca al mismo tiempo placer, el placer que faltó, y displacer, tomando parte en la ecuación, la presencia del Super Yo, que sería aquí el encargado de reprimir la satisfacción original y provocando al mismo tiempo que la sustitución aunque placentera, tampoco alcance una satisfacción completa.

Así, “el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo” (Freud, 1917/2009) y estará en relación directa con la estructura psíquica.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición de la American Psychiatric Association, 2013) menciona que la somatización, es la presencia de sensaciones experimentadas en el cuerpo y pueden considerarse como expresiones de sufrimiento personal dentro de un contexto social y cultural y pueden o no explicarse médicamente, sin embargo exista o no una explicación médica, el sufrimiento del individuo es auténtico.

Joyce McDougall (1991) explica que si bien todas las personas pueden somatizar bajo circunstancias angustiosas en las cuales experimentan una regresión a fases del desarrollo pre-verbales, hay individuos que tienden más que otros a ello, según las vivencias que hayan tenido durante su primera infancia y la forma como lograron establecer su individuación, ella lo explica así:

“Las estructuras psíquicas más antiguas del niño pequeño se articulan alrededor de significantes no verbales, donde las funciones corporales y las zonas erógenas desempeñan un papel primordial” (McDougall, 1991, p.20)

Desde la vida intrauterina, y durante sus etapas oral y anal, el bebé pasa de la experiencia fantasmática de un cuerpo único fusionado con el de la madre, a la formación de la imagen de su propio cuerpo y el de su madre como dos cuerpos separados y al control de las habilidades y funciones de su propio cuerpo, es decir a su apropiación, este proceso es gradual, y va desplegándose mediante la comunicación subjetiva que la madre establece al ejercer sus funciones de sostén y contención. Ella funciona también como interprete para el bebé de sus experiencias frente al contacto

con los estímulos que le afectan desde fuera y desde dentro. Este proceso genera en el pequeño deseos ambivalentes, por un lado la fusión con el cuerpo de la madre es experimentada con sensaciones seguridad y satisfacción pero a medida que va desarrollándose, experimenta también el deseo de separarse para ir conquistando poco a poco su individuación y autonomía, lo que también es muy placentero. Si se separa demasiado se angustia pues pierde contacto con su representación de seguridad (su madre) ante un mundo que aún no es del todo comprensible, por tanto necesita evidencia de la posibilidad de regresar a su lugar seguro, aunque al mismo tiempo ese retorno puede significar volver a indiferenciarse y quedar atrapado hasta desaparecer, lo que también genera angustia. Se establece por tanto un conflicto cuyos extremos son la total fusión con la madre, ese lugar donde se comparte todo, un solo cuerpo, un solo pensamiento, una sola emoción, y el otro extremo en el que no hay arraigo, ni seguridad. Durante todo el proceso, el lenguaje será el medio que servirá primero a la madre para metabolizar las ansiedades de su hijo, y luego a él mismo para expresar y simbolizar esos afectos placenteros y displacenteros.

Cuando la madre no logra vincularse afectivamente con su hijo, y sólo atiende su cuerpo, o bien aunque logre establecer el vínculo afectivo, ella siente y manifiesta una preocupación excesiva por el cuerpo de su bebé, es frecuente que el pequeño experimente alteraciones somáticas, pues se convierte en el único modo en que consigue recibir atención y afecto por parte de la madre (Dolto, 1986).

La adquisición de la capacidad del niño para diferenciarse de su madre, le posibilita también para diferenciar entre lo psíquico y lo somático integrándolos en una complementariedad armónica. Si la madre consigue un equilibrio entre sostener, acoger, y proteger respetando los procesos mediante los cuales el hijo explora, y se desarrolla de forma cada vez más autónoma, y establecer así un vínculo significativo con la psique del niño y no sólo con su cuerpo, el hijo logra construir un yo con suficientes recursos para simbolizar mediante el lenguaje tanto verbal como gestual sus ansiedades.

Los fracasos en el proceso comprometen en el niño el desarrollo de su capacidad para diferenciarse, pueden provocar una fisura entre la psique y el soma rompiendo la comunicación entre ellos, dando lugar a dos posibilidades, una es el desarrollo de una

patología autista, en la que el funcionamiento del cuerpo permanece intacto pero la mente se cierra al mundo exterior y la otra en la que se mantiene la relación con el exterior, pero el cuerpo es el que tiene un funcionamiento autista, no media entre ellos la palabra, no hay palabras para representar las ansiedades, y estas se experimentan como representaciones cosa, sin una simbolización de los afectos que acompañan las experiencias. Las consecuencias de ello en la vida futura pueden ser que al experimentar fuertes momentos de ansiedad o de estrés, el dolor psíquico y el conflicto mental se manifiesten en estructuras psicóticas a través de alucinaciones o en estructuras neuróticas, se descarguen en manifestaciones somáticas como en la primera infancia.

Mcdougall dice:

En aquellos que no son en modo alguno psicóticos, pero que padecen enfermedades psicosomáticas, he podido observar que ciertos pensamientos cargados de afectos intolerables para la madre se convierten en su hijo en pensamientos totalmente prohibidos o cargados de repudio.

De la misma forma, ciertas zonas corporales y ciertas funciones fisiológicas no deben representarse, o bien deben vaciarse de todo placer, a causa del modo en que han sido investidas por la Madre (Mcdougall, 1991, p. 58).

El conflicto entre eliminar las identificaciones que se han fijado con las figuras primarias para alcanzar la plena posesión de sí mismo, y la búsqueda primordial del paraíso – útero, prevalecen en el inconsciente de todo individuo sin que derive necesariamente en una patología, este conflicto encuentra solución en dos experiencias somáticas normales, el sueño y el orgasmo, son momentos en que las defensas abandonan el control dejando al sujeto vivir la fantasía de la fusión sin el peligro de quedar atrapado en ella, pero en las personas que prevalece el temor de desaparecer en el otro, estos dos aspectos somáticos se alteran, pudiendo derivar en trastornos.

Cuando el adulto no ha logrado una representación inconsciente bien definida entre los límites de su cuerpo y el de los demás, las experiencias de separación afectiva con otras personas significativas reviven los afectos ambivalentes de su primera infancia y pueden desembocar en expresiones psicósomáticas.

Estas expresiones psicósomáticas, portan un mensaje que necesita ser simbolizado, es un retorno de lo reprimido derivado de un conflicto en el que no se logra la satisfacción plena jamás, ya que la relación primordial con el otro se ha perdido, y así estas expresiones aparecen como un síntoma de ese conflicto sin resolver.

Para McDougall (1994), los fenómenos psicósomáticos son mecanismos de defensa que se utilizan para volver inoperante el dolor psíquico y eliminar radicalmente cualquier representación cargada intensamente de afecto, existen en ellos un simbolismo pre – verbal separado del funcionamiento pre – consciente, y juegan un papel importante en la economía psíquica.

Las situaciones de tensión provocadas por sucesos de la vida cotidiana se conectan con representaciones perturbadoras, relacionadas con conflictos edípicos, y afectos dolorosos asociados a ellas, estas representaciones junto con sus afectos quedan expulsados de la psique, pero se desplazan en el cuerpo produciendo un síntoma somático que hace referencia a una regresión inconsciente hasta una etapa preverbal, esto es, a una etapa donde no había palabras, y las tensiones se manifestaban y comunicaban a través del cuerpo. “El conflicto mental es desaprobado y expulsado de la psique para ser en su lugar descargado a través del cuerpo y su funcionamiento somático” (McDougall 1994, p. 111)

Repentinas heridas narcisistas o inesperadas pérdidas de objeto pueden producir manifestaciones psicósomáticas en todas las personas. La posibilidad de descarga aumenta cuando la economía narcisista se perturba.

Cuando existe un dolor, o una perturbación, demasiado profundos como para que el sujeto los pueda soportar, se despiertan angustias de tipo psicótico y pueden entonces presentarse defensas demasiado primarias, ante la amenaza al narcisismo infantil se manifiesta en una respuesta somática.

En la historia de sujetos que padecen estados psicossomáticos graves o presentan con mucha frecuencia síntomas psicossomáticos, se encuentra una organización edípica primaria en la que la madre se relacionó con su hijo como si fuera una prolongación narcisista de su propio self, estableciendo de esta manera una relación específica con el self corporal del hijo, pero sin rechazar al padre como objeto sexual. El hijo se convierte en un objeto de necesidad vital, más que en objeto de deseo, cargado al mismo tiempo de tensiones agresivas que provienen tanto del sadismo oral del niño hacia la madre como de la ambivalencia desconocida de la madre y de su envidia hacia el hijo.

McDougall (1994), describió a las madres dentro de este conflicto como madres excesivamente maternales, que aman, alimentan y se preocupan en exceso, volcando su mirada y su energía en el cuerpo del niño, en especial ante la presencia de dolor corporal o síntoma físico, pero impedidas para mirar las necesidades psíquicas de sus hijos. Estas madres no sólo no consideran la idea de la independencia futura de sus hijos, sino que además la niegan y le temen, esto provoca que el hijo en adelante no pueda separarse de la madre sin vivir una intensa angustia.

El síntoma somático, depositario de esa angustia, esconde por un lado la fantasía de reparar a la madre pero por otro también la de destruirla, la parte del cuerpo afectada se convierte así, al mismo tiempo, en instrumento de reparación y en arma de destrucción, manifestándose en el propio síntoma psicossomático, y en las acciones dirigidas a su cuidado.

II.- MÉTODO

2.1.- Planteamiento del problema

El ser humano experimenta el despertar de su sexualidad una vez concluida la fase de latencia en el desarrollo psicosexual. En la etapa de la adolescencia se reactiva el deseo sexual, que según Carvajal (1993), se divide en tres sub etapas que son la adolescencia puberal, la adolescencia nuclear, y la adolescencia juvenil, dentro de la cual se viven tres crisis, que son la de identidad, la de autoridad y la sexual. Durante la adolescencia una persona se encuentra en la búsqueda y consolidación de su *self*, es por ello que experimenta una serie de roces con sus padres que lo llevan a diferenciarse y separarse de ellos para llegar a ser él, para llegar a ser un individuo autónomo. Existen algunas circunstancias que pueden dificultar este proceso, por ejemplo tener una discapacidad, o ser criado en un ambiente con constantes e intensas fluctuaciones ambivalentes.

Daniela, una joven de 25 años, con una visible discapacidad motora, busca apoyo psicológico debido a que (sic “se siente muy deprimida”) tras el rompimiento con su primer novio. Llama la atención que a los 25 años, apenas haya tenido un novio. Durante las entrevistas de evaluación me pude percatar de que Daniela, muy poco tiempo antes de acudir al servicio psicológico por primera vez comenzaba a tener algunas prácticas de autoexploración sexual y se preguntaba cómo serían las relaciones sexuales. También note que la relación con su madre, no era buena. Se la pasaban peleando porque Daniela ya no estaba de acuerdo con su madre en muchas cosas que antes no le importaban, cuestionaba y desafiaba su autoridad, apenas tenía unos cuantos amigos en la escuela, pues estaba cursando la preparatoria abierta, y tenía una amiga muy cercana de su casa. Todas ellas características de la adolescencia. Esto me llevó a preguntarme si ¿Daniela se encuentra entonces viviendo un proceso adolescente a sus 25 años?

La relación con su madre es asfixiante tanto física como psicológicamente, ya que la madre constantemente vigila todo lo que Daniela hace e incluso duerme con ella, situación que la lleva a experimentar tanto enojo como ansiedad. Daniela comentó que

notaba que le daban más ganas de masturbarse por las noches, lo que la hacía sentir sumamente incómoda con la presencia de su madre, en cambio para realizar cualquier actividad en su vida cotidiana reclama la presencia de la madre, pues dice que no puede hacer nada sin ella, creencia que ha sido fuertemente reforzada por la misma madre.

También se pudo observar que la madre de Daniela le proporciona sus cuidados de manera ambivalente, ya que pese a los inconvenientes que tiene el hecho de que Daniela tenga una discapacidad motora, ésta representa un ingreso importante para la familia mediante un depósito mensual que recibe del gobierno por el hecho de sufrir discapacidad, y que la madre administra, se puede ver que por un lado al hacerle todo la madre la hace sentir una carga pero por otro es parte del sostén de la casa, entonces Daniela es quién sostiene, o es sostenida.

Al cuestionar a la madre sobre el hecho de que durmiera en la misma cama con su hija, ella mencionó que necesita hacerlo pues su hija puede necesitar algo por la noche, y ella debe estar siempre al pendiente, mientras que, la hija mencionó que la madre no se dio cuenta cuando se quemó el brazo intentando cocinar. La madre insiste en que Daniela no puede hacer nada sola, ni tampoco puede quedarse sola en casa, al grado de obligarla a ir de vacaciones con ella a un lugar al que Daniela no quería ir, no obstante en varias ocasiones, la deja sola para ir a ver clientas o salir con su pareja, y con frecuencia la regaña porque no colabora en las labores de casa.

La madre tuvo que dejar actividades y relaciones que la satisfacían por cuidar a la hija y hacerse cargo de que recibiera la atención médica y la rehabilitación que requirió durante varios años, lo que es congruente con la idea con la que la madre creció de que “las madres deben sacrificarse por sus hijos”. Sin embargo, al volverse indispensable para la hija, ella accede a un lugar privilegiado que le permite apropiarse de la vida de la hija, pero por otro lado, le reclama que no puede estar todo el tiempo acompañándola a la escuela y menos a ver a sus amigas o amigos argumentando que tiene que trabajar, que ella también se enferma o que ella también tiene derecho de ver a sus amistades o a su pareja.

La madre de Daniela mencionó que en la familia se acostumbra que la hija menor cuide a su madre en su vejez, que ella lo hace con su madre, pero obviamente Daniela no podrá cumplir con ello. Se muestra molesta cuando dice, ¿quién me cuidará a mí, si yo tengo que cuidarla siempre?, pues ella no puede cuidarse ni a sí misma, pero ante cualquier posibilidad de que Daniela sea más independiente la madre se lo impide, mediante regaños o chantajes.

Daniela, experimenta dificultades para separarse de su madre, o de cualquier otra persona por la que ella sienta afecto, manifestando una tendencia a establecer relaciones dependientes y asfixiantes, a exigir la presencia de la madre para hacer cualquier cosa o salir a cualquier lugar por más cercano que sea a su hogar. Siente angustia excesiva al no recibir atención inmediata, lo que se ponía de manifiesto cuando me llegaba a tardar en recibirla y a pesar de que la recepcionista le indicara que esperara unos momentos pues yo estaba ocupada, llamaba a mi celular varias veces hasta que salía por ella, al ver que no le contestaba, preguntaba constantemente a la recepcionista, si la iba a atender o no, pese a que nunca me tardé más de cinco minutos en recibirla. Durante las sesiones me llegó a comentar que llamaba y escribía a los chicos que le interesan al menos tres o más veces cada hora si no le responden un mensaje o le contestan una llamada, y en varias ocasiones le reclamó a su amiga por no responderle el teléfono, o no ponerle atención cuando la visitaba.

Se puede apreciar la gravedad de la dificultad de separación en síntomas como presentar una alergia al “medio ambiente”, que se manifiesta con síntomas similares a la gripa; escurrimiento nasal, dificultad para respirar entre otros, sin respaldo médico, cada vez que se presenta la oportunidad de hacer cosas que desea como ir a sus clases, buscar algún trabajo, salir con amigos o conocer a algún muchacho de su interés, experimenta sensación de asfixia con sólo pensar en la posibilidad de salir sola, aunque conozca el camino e incluso el lugar al que desee ir esté cerca de casa.

Actualmente la relación con la madre es mala, pelean constantemente, pues Daniela trata de rebelarse exigiendo su derecho a tomar sus propias decisiones como el modo de vestirse, lo que puede o no ver en internet, elegir a sus amigos, y en general no hacer lo que la madre le pide hacer, incluso un motivo recurrente de pelea es que

Daniela ya no desea darle su dinero a su madre. Como se puede apreciar, Daniela lucha por separarse de su madre e independizarse, pero no lo logra, tiene tan interiorizada la idea de que no puede hacer nada ella sola, de que necesita a su madre, o que alguien esté todo el tiempo “pegada” a ella que resulta en una lucha aparentemente sin fin.

Todo ello me lleva a plantearme la siguiente pregunta ¿De qué manera la relación de Daniela con su madre, considerando su discapacidad motora, ha influido en su desarrollo psicosexual, retrasándolo, y dificultándole la posibilidad de establecer un vínculo sexual con alguien más, así como alcanzar autonomía en sus relaciones interpersonales?

2.2.- Objetivos

General:

A través de este caso analizar y mostrar las implicaciones de la intensidad y fluctuación de la ambivalencia en la relación entre Daniela y su madre, motivada por una discapacidad motora en la presencia de dificultades de separación dejando fijada a Daniela en un proceso adolescente tardío con síntomas somáticos.

Específicos:

a) Describir y comprender las dimensiones de la función materna en la constitución del aparato psíquico y el desarrollo psicosexual.

b) Analizar y comprender el impacto de las relaciones ambivalentes en la constitución psíquica de Daniela

c) Establecer la relación entre la ambivalencia en los cuidados maternos y las dificultades de separación en el desarrollo psicosexual.

d) Identificar y comprender la relación entre las dificultades de separación dentro del desarrollo psicosexual en general y en la fijación en la adolescencia en particular y los síntomas somáticos de Daniela como defensa.

2.3.- Supuesto General

El presente trabajo parte del supuesto de que la intensidad y fluctuación en la ambivalencia de los cuidados maternos por ser Daniela una hija con discapacidad motora provocó dificultades de separación en su proceso de desarrollo psicosexual, quedándose fijada en un proceso adolescente tardío con síntomas somáticos.

2.4.- Definición de categorías:

A continuación se definen las principales categorías implicadas en el supuesto:

Ambivalencia de los cuidados maternos: La ambivalencia es la presencia simultánea, en la relación con un mismo objeto, de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos, especialmente amor y odio. (Laplanche, J & Pontalis. 1996); los cuidados maternos en su conjunto forman la función materna, a través de la cual se constituye el aparato psíquico del niño y en conjunto con la función paterna se lleva a cabo el desarrollo psicosexual.

Discapacidad motora: La discapacidad es cualquier deficiencia, limitación de actividad y restricción de participación. Las deficiencias se refieren a problemas que afectan la estructura o función corporal, las limitaciones de actividad se refieren a dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de participación son problemas que involucran cualquier área de la vida, la discapacidad física por su parte es la secuela de una afección en cualquier órgano o sistema corporal. (Glosario de términos sobre discapacidad de la comisión política gubernamental en materia de derechos humanos, 2008)

Separación – Individuación: Proceso intrapsíquico en el que se establece un sentimiento de separación respecto a un mundo de realidad y de una relación con él, particularmente con respecto al a las experiencias del propio cuerpo y al principal representante del mundo, el objeto primario de amor. Se manifiesta a todo lo largo del ciclo vital. Sus principales logros se manifiestan en el periodo que va del cuarto a los treinta y seis meses de vida. (Mahler, 2002)

Fijación: Fenómeno en el que la libido se une fuertemente a personas o imágenes reproduciendo un determinado modo de satisfacción, y permanece organizada según la estructura característica de una de sus fases evolutivas, puede ser manifiesta y actual o constituir una virtualidad prevalente que abre al sujeto el camino hacia una regresión. (Laplanche, J & Pontalis. 1996)

Adolescencia tardía: Es un cuadro de manifestaciones adolescentes que se presentan en edades cronológicas posteriores a la adolescencia (Carvajal, 1993)

Síntomas somáticos: Síntomas en los que la psique busca por medios primitivos e infraverbales, enviar mensajes cuando se ve en peligro de que resurjan en el consciente acontecimientos dolorosos, culpabilizantes o amenazantes y que serán interpretados por el cuerpo. (McDougall, 1991)

2.5 Tipo de estudio:

El presente trabajo es una investigación cualitativa, cuya pretensión fundamental es el entendimiento del fenómeno psicológico de la ambivalencia materna y su impacto en el desarrollo psicosexual de una adolescente con discapacidad motora. Para la comprensión del problema se acudió a un estudio de caso, pues se pretende explicar el funcionamiento psíquico de una sola paciente que presenta características específicas, que comparte con una población de difícil acceso (personas con discapacidad) y que ha podido beneficiarse de una psicoterapia de corte psicoanalítico.

Un estudio de caso presenta la posibilidad de hacer una exploración profunda, brindando así una apreciación más detallada de las causas – consecuencias de una determinada situación, resaltando al mismo tiempo la importancia de mirar al sujeto con sus características únicas, comprender a través de este caso el fenómeno en cuestión, así como poder establecer la influencia de esas características únicas en su manera, por supuesto, también única de enfrentarse con sus conflictos. (Hernández - Sampieri y Mendoza, 2008)

2.6 Participante:

Mujer de 25 años con discapacidad motora que acude a consulta por encontrarse deprimida tras el rompimiento con su primera relación.

2.7 Instrumentos:

Fase de Evaluación:

- Historia clínica ya que para poder comprender a una persona, hay que conocer su historia, y todas aquellas circunstancias que pudieran haber contribuido al desarrollo de su personalidad y en consecuencia a sus maneras de enfrentar las situaciones que se le presentan.
- Escala Weschler de Inteligencia para adultos, que permitiera por un lado descartar la posibilidad de que las dificultades que la paciente presenta se debieran a alguna deficiencia intelectual y saber si su capacidad intelectual sería o no un obstáculo para adoptar con ella una psicoterapia de corte psicoanalítico, fue útil también para determinar sus fortalezas y sus debilidades, para poder establecer las líneas de trabajo.
- Transcripción de sesiones del proceso terapéutico propiamente dicho, en las que se puede apreciar el conflicto de la paciente, las dificultades que presenta, las maneras en que se ha enfrentado a esos conflictos y a esas dificultades.

Para el procesamiento de la información obtenida a través de los instrumentos señalados se utilizó fundamentalmente el análisis de contenido y el análisis hermenéutico.

El análisis de contenido consiste en examinar sistemáticamente la información que se obtiene a través de los instrumentos utilizados en una investigación, procurando distinguir los mensajes directos y los mensajes latentes que van cobrando sentido cuando se relacionan con el contexto al que hace referencia dicha información,

buscando la realización de inferencias, o bien la construcción una explicación que permita comprender el fenómeno que se pretende estudiar. (Andreu, 2002, p.3).

El análisis hermenéutico consiste en la interpretación subjetiva de mensajes hablados o escritos producidos en un contexto dialógico que pretende la búsqueda de una profunda comprensión del o los significados de las construcciones del sujeto y las preconcepciones desde las que el investigador escucha e interpreta (Cárcamo. 2005 p. 207), guiadas en este caso por la supervisión clínica del caso.

2.8 Procedimiento:

Se elaboró una historia clínica usando la transcripción de entrevistas semi - estructuradas realizadas una a la madre y tres a la paciente.

Se aplicó, calificó e interpretó la escala Weschler de inteligencia para adultos.

Se inició una psicoterapia cara a cara, una vez por semana con un enfoque psicoanalítico y se transcribieron las sesiones del mismo a las cuales se les realizó un análisis de contenido.

2.9 Consideraciones éticas:

En apego a la normatividad propuesta por el Código Ético del Psicólogo, esta investigación se llevó a cabo bajo el amparo institucional que proveyó de supervisión experta durante todo el proceso (Art. 30), en todo momento procuré que la información proporcionada por la paciente y su madre se mantuviera confidencial (Art. 61), para garantizar el anonimato de ambas participantes he utilizado para la paciente y otras personas a quienes menciona pseudónimos y no se menciona el nombre de la madre (Art. 68), la paciente fue informada clara y oportunamente de la presente investigación y aceptó participar voluntariamente, lo que quedó formalizado mediante la entrega por escrito y firma de un consentimiento informado (Art.122), el cual se anexa (Sociedad Mexicana de Psicología. 2007).

III HISTORIA DE LA PACIENTE

Ficha de Identificación:

Nombre: Daniela

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Lugar de origen: México, D.F. (Hoy Ciudad de México)

Lugar de residencia: Ciudad de México

Ocupación: Estudiante de Bachillerato

Fuente de Referencia: Por anuncio fuera del Centro de Desarrollo Comunitario San Lorenzo de la Fundación Bringas Haghenbeck. (FBH)

3.1 Impresión personal

Daniela es una mujer de 25 años, que tiene una discapacidad motora que podía verse claramente en sus extremidades, sobre todo del lado derecho, su edad aparente corresponde a la edad cronológica, es bajita de estatura y muy delgada, camina con dificultad y despacio, sin embargo lo hace sola, y sin ningún apoyo, también tiene dificultad para usar sus manos, es especial la derecha, aunque puede escribir con su mano izquierda. Se hace cargo de sus cosas sin ayuda, se pone y se quita su suéter, mete y saca cosas de su bolsa, maneja su celular, etc.

Respecto a su arreglo personal es un poco exagerado en el maquillaje, su vestimenta combina perfectamente, incluso usa tacones cortos del mismo color que su ropa, y trae siempre una bolsita pequeña que también combina con el color de su ropa.

Daniela se encuentra bien ubicada en tiempo, lugar y persona, memoria y juicio bien conservados y su discurso es claro, fluido y coherente.

En la primera entrevista acudió acompañada de su madre. Se sentaron separadas, ambas de frente a mí, fue la madre quien tomó la palabra, y mientras hablaba miraba a Daniela quien alternaba entre bajar la cabeza y mirar a su madre. Cuando la miraba asentía a lo que la madre decía, su expresión facial y su mirada reflejaban tristeza, mientras, la madre hablaba Daniela se movía en el sillón, parecía ansiosa. La madre se mostró muy preocupada por su hija, mencionó que estaba muy decaída y que a pesar de las dificultades económicas que tienen se da cuenta de que es necesario que tome tratamiento para su depresión. Un amigo le recomendó que buscara ayuda psicológica para Daniela, y un día ella vio la manta que está afuera del Centro de Desarrollo Comunitario de la Fundación Bringas Haghenbeck, (en lo sucesivo le denominaré “centro”) y vino a sacar la cita. Cuando pedí a Daniela que me dijera lo que ella pensaba, Daniela se mostró interesada en recibir ayuda, dijo que necesita sacar su dolor y su enojo, y espera con la terapia sentirse menos triste. Pedí a la madre que saliera, la madre se levantó y le dijo a Daniela que la esperaba afuera, Daniela le dijo: “Pero no te vayas a ir”, la madre salió del cubículo y Daniela se desplazó hacia atrás en el sillón y volvió a bajar la cabeza.

Aunque en esta primera sesión manifestó ansiedad, se animó a hablar de las razones de su tristeza, no así de su enojo, hasta sesiones posteriores, poco a poco al notar que le ponía atención y la escuchaba se fue relajando y fue adoptando una postura más erguida, aumentó el tono de su voz y terminó aquella sesión ya hablándome de tú.

En el desarrollo del proceso fue adoptando una actitud más confiada que incluso fue volviéndose un tanto seductora, buscaba constantemente mi confirmación aprobatoria respecto a sus opiniones y a sus planes, y hasta cierta necesidad de complicidad, ante la duda de ¿qué hacer? en determinadas situaciones, demandaba que yo le dijera lo que “debe” hacer.

Durante los primeros meses, la madre de Daniela la acompañaba hasta la puerta del cubículo, y la esperaba hasta terminar la sesión, esto fue cambiando

paulatinamente. Consideré importante darle a la madre un espacio aproximadamente cada tres meses para hablar de la evolución de Daniela, esto contribuyó a contener su angustia y poco a poco fue soltándola más. Le sugerí también terapia para ella, pero su respuesta fue que no le alcanzaba el dinero para ambas.

Cuando ya Daniela comenzaba a llegar sola al centro comunitario y a regresarse sola a casa, era su costumbre llegar y preguntar si me encontraba y si la iba a atender. Se sentaba entonces en la sala de espera y dando la hora, si acaso yo me demoraba, lo que llegó a ocurrir algunas veces y la demora no fue mayor a cinco minutos, ella llamaba a mi celular hasta que salía a recibirla.

3.2 Motivo de Consulta

La madre de la paciente es quien solicitó el servicio a petición de su hija, lo conocieron por un anuncio que se exhibía afuera del centro. Fue asignada por el coordinador, quien antes de iniciar la primera entrevista me comentó que esta paciente traía un diagnóstico psiquiátrico de depresión aguda, y que ha sido atendida en diversas instituciones de salud dada su discapacidad, también mencionó que al parecer tiene un retraso mental, y que es por esta razón que a pesar de no ser adolescente me la asigna a mí.

Acudió a consulta porque se sentía deprimida, dijo que su depresión se debía a su reciente rompimiento con su novio, mencionó que se conocieron por internet, y que se llamaban por teléfono, que sólo una vez fue a verla a su casa, y poco después de este encuentro él terminó con ella. Dijo que cuando terminó con ella por teléfono le mintió, pues ella después descubrió la verdad. Comentó que los chicos al conocerla siempre la dejan, que siempre le mienten y que estaba muy enojada con ella misma por enamorarse una y otra vez.

Cuándo le pregunte respecto a su discapacidad, no me supo decir qué es lo que tiene, y dice que estuvo en rehabilitación y que eso no es un problema, que no tiene nada que ver con lo que le pasa. Aunque también se queja de que todas las personas la rechazan y no entiende por qué.

Al explorar un poco más con relación al único encuentro personal que tuvo con su exnovio, Daniela manifestó enojo dirigido hacia su madre por no haberlos dejado solos en casi todo el encuentro. Mencionó también que su madre quiere mirar sus conversaciones en su celular y en la computadora, que no respeta su privacidad.

La madre dijo que Daniela es inmadura y no conoce a los hombres, que sólo desea protegerla, y que desde que empezó el bachillerato se ha vuelto más enojona, que antes de eso era mucho más tranquila.

3.3 Historia Clínica

a) Aspectos personales

Es la segunda hija de la madre y la primera del padre, antes la madre tuvo un hijo con cuyo padre no se casó. Con el padre de Daniela sí se casó pero terminó en divorcio ya que el padre se fue cuando la madre aún estaba embarazada, la madre refiere como motivo de la ruptura una infidelidad por parte él.

El entorno socioeconómico y cultural es en general pobre, la madre estudió sólo la primaria, y sus ingresos son muy limitados, desde que el padre de Daniela se fue y hasta el momento presente la madre trabaja en un puesto de tianguis vendiendo cosméticos y bisutería, y menciona que sólo le alcanza para lo básico.

Cuando la madre de Daniela se embarazó de ella, la relación con su pareja ya estaba deteriorada, la noticia no fue bien recibida por el padre, quien además de haber sido infiel, consumía alcohol y drogas. Llegó a violentarse con ella estando embarazada, la agredía verbal y físicamente. Hubo empujones, bofetadas y pellizcos, no obstante respetaba el vientre, por lo que aparentemente el embarazo se desarrolló normal y llegó a término, aunque la madre mencionó que se sentía estresada constantemente, primero por la mala relación, después por descubrir la infidelidad, por la situación económica y finalmente por su abandono tres meses antes del nacimiento de Daniela. Durante el embarazo ella acudió a todas sus citas médicas y todo parecía ir bien.

El día que Daniela nació, su madre comenzó a sentir contracciones y se fue al hospital acompañada de su hermano (tío de Daniela). Al ser revisada se le detectó pre-eclampsia, tras un trabajo de parto prolongado se le practicó una cesárea de urgencia. Daniela nació pesando 2,100 kg y tuvo dificultades para respirar, por lo que estuvo en incubadora por cinco días. La madre también se quedó en el hospital, para recuperarse de la cesárea. Se le permitió visitar a su bebé en la incubadora. La bebé fue alimentada con leche materna primero con sonda, y una vez que se recuperó fue amamantada. El tío de Daniela, hermano de su madre estuvo al pendiente de ambas durante la hospitalización ya que no fue posible localizar al padre para informarle.

Ya recuperadas ambas fueron enviadas con la recomendación de la visita mensual al pediatra. Los dos primeros meses todo transcurrió normal, en el tercer mes fue llevada al hospital por una infección en vías respiratorias, la medicaron y tras algunas horas de observación, la enviaron a casa con tratamiento. Todo siguió normal hasta los diez meses cuando fue de nuevo llevada a urgencias por presentar crisis convulsivas por fiebre lo que resultó en hemiparesia derecha, esto retrasó su desarrollo psicomotor. Los médicos recomendaron mantenerla en observación y valorarla para rehabilitación, la mandaron de nuevo a casa y fue hasta el año que fue admitida para un programa de rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Su siguiente visita al hospital fue de urgencia, porque se cayó de una escalera, Daniela tenía 1 año 7 meses, recibió golpes en la cabeza y el ojo, se descartó fractura y se la dio de alta. A los 2 años comenzó a usar un aparato para corrección tras habersele detectado coxa valga y continuó con su rehabilitación.

Comenzó la educación inicial en una escuela especial con otros niños con diferentes discapacidades. La madre comentó que aunque era sociable no hacía amistades profundas. Logró el control de esfínteres diurno a los tres años y seis meses, y el nocturno a los cinco años, pasó sin dificultades a la primaria también en una escuela especial.

A los 10 años, se le detectó una luxación en el codo derecho, y acortamiento de la extremidad pélvica derecha por lo que se le sugirió cirugía del codo y la cadera, pero esta no se realizó, según explicó la madre, porque no era cubierta en su totalidad por la institución y ella no tenía suficiente dinero para realizarla. Nunca paró con la rehabilitación. También a esta edad se le practicó su primera valoración psicológica en el área intelectual que arrojó que su capacidad intelectual era normal con relación a su edad.

Entró a la secundaria, de nuevo en una escuela especial, y la concluyó con éxito, la madre comentó que su desempeño académico no era sobre saliente, pero tampoco malo, que se le dificultaban un poco la matemáticas. En esta escuela hizo una amiga que tiempo después le dejó de hablar sin explicación alguna.

Ya con el certificado de secundaria, la madre decidió que era mejor hacer el bachillerato en el sistema abierto, para que Daniela no tuviera que desplazarse, y entonces se inscribió en el sistema abierto. A los tres meses de esto encontraron una escuela muy cerca de su casa que daba asesorías y que además tenía un grupo con chicos con alguna discapacidad así que Daniela se cambió de escuela. Decidió como ella misma dice “llevársela tranquila” y metía entre dos y tres materias por mes, en este periodo las que más se le dificultaban eran matemáticas e inglés, de hecho las reprobó varias veces. Comenzó a tener mayor acceso a internet, y a navegar en las redes sociales, en particular en Facebook, utilizaba esta plataforma para conocer amigos y establecer con ellos relaciones, siempre ocultando su discapacidad.

A los trece años, se le detectó miopía y comenzó a usar lentes. En este mismo periodo, sus médicos volvieron a sugerir la operación correctiva tanto de codo como de cadera, sin haberse podido realizar. A los quince años se le detectó un soplo en el corazón, estando bajo tratamiento desde entonces.

Hasta los 18 años vivió en la casa de su abuela con su madre, su abuela, sus tías y su tío que al enviudar se fue a vivir a la casa de la madre (abuela de Daniela). El hermano de Daniela se fue cuando se casó, ella contaba con 5 años, después la madre decidió mudarse a donde viven ahora ellas dos solas. La madre comentó que Daniela

ha sido muy amada por toda la familia, que con su hermano a veces peleaba pero siempre se reconciliaban, por su parte Daniela dice que su hermano es muy irresponsable, y que su mamá todo le perdona y todo le pasa desde que eran niños, dice que para ella fue un alivio que se casara y se fuera.

En la nueva casa conoció a una vecina que rentaba en el mismo condominio y se convirtió en su mejor amiga. Aunque su vínculo más importante siempre ha sido con su madre, también con su tío tenía un vínculo fuerte, pues era con quien más convivía y quien más la apoyaba. Tanto Daniela como la madre consideraban que había sido como un padre para Daniela, él aportaba parte de los recursos necesarios para que Daniela tomara su rehabilitación, como gastos de transporte, o el aparato cuando lo requirió, también corría con algunos de los gastos escolares. Él falleció cuando Daniela tenía veintidós años ella aún manifiesta dolor por esta pérdida cuando se toca el tema. Fue también a esta edad que Daniela decidió dejar la rehabilitación a pesar de que los médicos le dijeron que sus huesos se deteriorarían más sin ella, tanto la madre como ella señalan esta época como la época en que comenzaron a tener problemas.

Desde la muerte de su tío Daniela pasó de simplemente buscar amigos en las redes sociales a relacionarse principalmente con hombres, buscando establecer con ellos un noviazgo. Se enamora mientras pasa horas chateando con ellos, pero sin conocerlos en persona, pues no sale sola y es difícil convencerlos de que la vayan a ver a casa pues ella oculta su discapacidad cuando interactúa en la red. A pesar de ello aceptó que uno de ellos la fuera a ver a casa tras haberse hecho novios a distancia y a través de los mensajes.

Daniela por primera vez se atrevió a mostrarse tal y como era, y decidió esperar hasta conocerlo para ver como reaccionaba ante su estado. Daniela mencionó que en ese encuentro se besaron y se tocaron y que ella experimentó sensaciones que nunca antes había sentido, que por un lado le fueron agradables, pero por otro la hicieron sentirse muy apenada. Además la mamá estaba en casa y los interrumpía constantemente. Después de este encuentro el muchacho dejó de escribirle y de responderle los mensajes. Para averiguar lo que pasaba le pidió a su prima que le llamara haciéndose pasar por amiga de una amiga de él, enterándose en la

conversación que ya tenía otra novia, entonces ella le llamó, le confesó la trampa y terminaron, este hecho la hizo sentir muy deprimida y es este el motivo por el que solicita el servicio.

Desde los dieciocho años hasta la fecha Daniela recibe un apoyo económico mensual que le da el gobierno por su discapacidad y lo debe renovar cada año, le depositan el dinero en una tarjeta, este recurso es administrado por la madre quien es quien guarda la tarjeta y hace los retiros.

Actualmente su nivel de funcionalidad es el 60%, continua usando lentes, y con el tratamiento para controlar el soplo cardiaco. La relación con su madre está en conflicto, pues es sobreprotectora y controla todo lo que su hija hace, situación a la que ella se rebela, pidiendo mayor libertad, incluso han tenido varias peleas porque Daniela quiere que le entregue la tarjeta para ella usar este recurso en lugar de que lo siga administrando su madre. Con respecto a su hermano, él tiene un hijo de cinco años, Daniela se queja mucho de él, dice que es muy latoso, que se la pasa corriendo y agarrando todo, que hace destrozos en la casa y nadie le dice nada, ella incluso pone bajo llave sus cosas o las esconde cuando va a visitarlos pues dice que así las protege de que el niño se las destruya.

Hasta el momento de elaborar esta historia clínica, Daniela pasa la mayor parte del tiempo en su casa, pues no va a la escuela todos los días. Los días y horarios en que asiste se modifican aproximadamente cada mes dependiendo de las materias que este cursando, pues no todas se cursan en los mismos días, cuando va a la escuela, o a cualquier lugar es su madre quien la acompaña, y si ella no puede, piden ayuda al resto de la familia, a veces la apoyan las tías o las primas, si nadie la puede acompañar, ella se queda en casa. Daniela tiene deseos de tener más amigos y salir con ellos, de manejar su dinero e incluso tener un ingreso, de conocer en persona a los chicos con los que intercambia mensajes pues quiere tener novio, pero tiene miedo pues ella como su madre, piensa que le va a pasar algo malo, o que no va a poder andar en la calle y en transporte público ella sola. Este fue uno de los aspectos que se fue modificando en el curso del proceso psicoterapéutico.

b) Aspectos familiares:

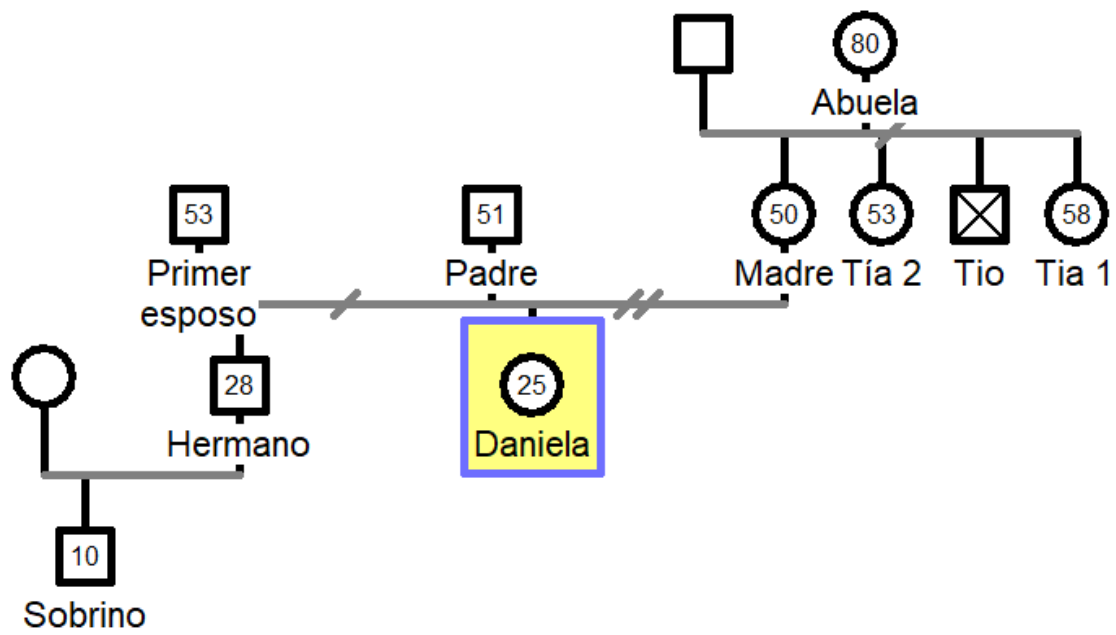
La familia de Daniela está principalmente compuesta de mujeres, al menos desde la bisabuela. Las mujeres de esta familia han tenido hijos sin el apoyo de los respectivos padres, la bisabuela, fue madre soltera y la abuela fue abandonada por el abuelo de Daniela siendo los hijos (tíos de Daniela y su madre) pequeños, la madre de Daniela, ni siquiera lo recuerda, no existe relación con las familias políticas.

Son todas mujeres fuertes y dominantes. La madre de Daniela se refiere a su madre como una mujer rígida e intransigente, menciona que no las dejaba salir a fiestas y que siempre estaba pendiente de lo que hacían, criticándola pues a su parecer todo lo terminaban haciendo mal, en sus propias palabras “no había manera de darle gusto”.

El tío de Daniela se casó y se fue de la casa materna y regresó tras la muerte de su esposa, siendo él y el hermano de Daniela los únicos hombres en la casa. Cuando Daniela tenía cinco años, su hermano se casó y se fue a vivir a otra casa con su esposa. Al cumplir Daniela los 18 años y empezar a recibir el apoyo del gobierno por su discapacidad, ella y su madre se mudaron, y cuatro años después el tío que había regresado falleció, quedando en la casa la abuela, las tías y las primas de Daniela.

Es importante mencionar que aunque la madre de Daniela ya no vive con su madre, es ella quien se sigue haciendo cargo de su cuidado, obedeciendo al patrón familiar, en el que la hija menor es la encargada del cuidado de la madre.

Tanto las tías de Daniela como las primas la aceptan con su discapacidad y se han mostrado siempre solidarias tanto con ella como con su madre, no les pareció bien que se fueran pues decían que juntas podían apoyarse más unas a otras, sin embargo la madre toma esta decisión porque se sentía abrumada pues sus hermanas todas le querían decir cómo debía cuidar a su hija. A partir de que Daniela y su madre se mudan, la madre tiene que cumplir con las dos, su hija y su madre ya que las tías trabajan y además consideran que le corresponde a ella por ser la menor.



IV.- ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados e interpretación de la Escala Weschler de Inteligencia para Adultos que se le aplicó a la paciente y del análisis de contenido de algunos fragmentos de las sesiones ocurridas a lo largo de dos años de tratamiento psicoterapéutico. A partir de los datos se analizará el supuesto de que las dificultades de separación que Daniela experimenta en su proceso de desarrollo psicosexual, la fijación en la adolescencia tardía y los síntomas somáticos que presenta se deben a la ambivalencia de los cuidados maternos motivados en gran medida por su discapacidad motora.

4.1 Evaluación de las habilidades intelectuales de Daniela

Se aplicó la escala Weschler de Inteligencia para Adultos en el orden sugerido, en las subpruebas de la escala ejecutiva no se respetaron los tiempos límite para completarlas en atención a la discapacidad motora de Daniela. Su actitud durante la prueba fue confiada cuando se trataba de una tarea que ella juzgaba fácil de realizar, cuando por el contrario la consideraba difícil, de antemano decía “no voy a poder”, ante la consigna “inténtalo”, hacía el esfuerzo. Cabe destacar que se daba por vencida con facilidad en las tareas de la escala verbal que consideraba difíciles, no así en las ejecutivas, lo cual puede deberse al entrenamiento recibido en la rehabilitación.

Obtuvo un CI Verbal de 81, un CI de Ejecución de 79 y un CI Total de 73

En general, los resultados están por debajo del promedio, con puntuaciones significativamente menores en la escala ejecutiva, en la que se le otorgaron tiempos extendidos en consideración a su discapacidad. Respecto a la escala verbal aunque su puntaje fue mayor que en la escala ejecutiva este se encuentra en el rango de promedio bajo, lo que indica discapacidad intelectual leve.

Las subpruebas en las que obtuvo una mayor puntuación escalar fueron: Semejanzas (8), Información (8), Comprensión (9), Figuras Incompletas (9), Búsqueda de Símbolos (5) y Ensamble de Objetos (6), lo que indica que en general tiene un grado

aceptable de comprensión verbal y sentido común, capacidad de discriminación visual, memoria a largo plazo conservada, esto significa que es capaz de utilizar lo aprendido para resolver problemas.

Las subpruebas en las que obtuvo menor puntuación escalar fueron: Vocabulario (4), Aritmética (6), Retención de Dígitos (5), Diseño con cubos (2), Matrices (3) y Ordenamiento de Dibujos (1), lo que indica una pobre memoria de corto plazo, ello afecta al mismo tiempo su memoria de trabajo, la significativamente baja puntuación en las subpruebas de matrices y ordenamiento de dibujos indicaría dificultad para detectar secuencias, y un bajo nivel de abstracción, pero teniendo en cuenta la discapacidad motora esto no puede afirmarse.

En conclusión, aunque la mayor parte de los resultados están por debajo de la media, el que corresponde a la escala ejecutiva es poco confiable debido a la discapacidad y el que corresponde a la escala verbal, se encuentra aún dentro del rango entre la primera desviación estándar y la media, lo que indica que su capacidad intelectual se encuentra ligeramente debajo de la media poblacional. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5) esto indica que puede haber alteración en el pensamiento abstracto, es decir, enfoca de manera concreta los problemas y las soluciones en comparación con sujetos de su misma edad, inmadurez en sus relaciones sociales. Puede funcionar de forma apropiada con respecto a su cuidado personal, aunque puede requerir ayuda para la toma de decisiones que impliquen conceptualización, como decisiones legales, organización del doméstica entre otras tareas complejas de la vida cotidiana (APA, 2013), considerando su discapacidad motora, y la discapacidad intelectual leve que presenta, requiere de apoyo para algunas tareas, pero es capaz de llevarlas a cabo si cuenta con el suficiente tiempo para ello y una guía que la provea de información clara y repetitiva.

Sus capacidades intelectuales no constituyen un obstáculo para realizarse un proceso de psicoterapia de corte psicoanalítico.

4.2 Los cuidados ambivalentes de la madre de Daniela, motivados por su discapacidad.

La madre de Daniela creció marcada por el abandono de un padre, bajo un patrón transgeneracional de abandono, pues los padres de esta familia se van, ella misma tenía ya un hijo al que había criado como madre soltera y de cuyo embarazo ni siquiera se enteró el padre. Conoce al padre de Daniela y se casa con él, enamorada, deseando que esta vez sí funcione, no fue así, la relación fue deteriorándose debido a que el padre era violento y además consumidor recurrente de alcohol y drogas.

M: Cuando me casé con el papá de Daniela, estaba enamorada, pensé que esta vez sí iba a funcionar, pero no, se ponía borracho y se metía otras cosas, se fue volviendo agresivo, de todo se enojaba, gritaba, insultaba, incluso algunas veces me empujaba o me pellizcaba.

En este contexto llega la noticia del segundo embarazo del que Daniela es el resultado, la madre mencionó que aunque no tenían planeado tener hijos, cuando se enteró de que estaba embarazada le dio gusto. Inmediatamente se lo informó al padre quien no recibió la noticia con agrado, sino al contrario, la relación siguió en picada hasta que tres meses antes de que Daniela naciera y tras descubrirse una infidelidad por parte del padre, éste se fue de la casa y no volvió a saberse más de él. La madre de Daniela quedó en una situación tanto económica como emocional precaria, con la herida de abandono de nuevo abierta, despertando en la madre mucho estrés pues le preocupaba lo que iba a hacer, pensaba que sería muy difícil sacar adelante a sus hijos sin el apoyo, al menos económico, de su esposo.

M: Cuando él se fue me dolió mucho, y además me preocupó como iba yo a pagar todo lo que se necesitaba, como iba a mantener a mi hijo y ahora a la hija que venía en camino, estaba sola y sola lo iba a tener que resolver. Tal vez este embarazo no llegó en el mejor momento.

En esta última frase “Tal vez este embarazo no llegó en el mejor momento”, vemos en la madre de Daniela el cuestionamiento respecto al embarazo, ella reconoce que no

estaba en sus planes como pareja, y que a él no le agradó la idea, en cierto modo aunque no el único ni el principal, este embarazo fue uno de los factores que precipitaron la separación de la pareja.

La madre menciona también que le dio gusto, y saber que se trataba de una niña fue un motivo de gran alegría, porque al ser niña, se quedaría con ella, y no se iría como lo hacen los hombres, como lo haría pronto su hijo, pues él ya contaba con 17 años, trabajaba y pasaba poco tiempo en casa, sus ingresos los ahorrraba, pues tenía ya una novia formal con la que había planes de boda, por lo tanto no era apoyo para la madre y pronto la abandonaría también. La madre de Daniela vio en ella a la persona que la cuidaría en su vejez, una especie de garantía de no quedarse sola, de curar su vieja herida de abandono.

La primera desilusión llegó cuando Daniela nació pues ella no fue la hija fuerte que su madre hubiera fantaseado, pues nació con bajo peso y dificultades para respirar y requirió permanecer en incubadora durante cinco días. Al tercer mes de vida fue necesario acudir a urgencias por problemas respiratorios y a los diez meses sufrió de fiebres tan altas que le provocaron convulsiones, dejando como secuela una Hemiparesia derecha, sugiriéndose rehabilitación. Al año comienza su rehabilitación. Y al año con siete meses se cae de las escaleras, lastimándose fuertemente la cabeza y el ojo. Poco tiempo después en una revisión de rutina se le detecta coxa valga y comienza a usar un aparato de corrección durante un par de años.

Evidentemente todo esto retrasó su desarrollo motor dejando a la madre profundamente decepcionada, pues no era una niña que creciera fuerte y sana, sino una niña que cada vez se enfermaba más.

Respecto a esta caída la madre dice:

M: Dejé de verla solo un momento, y entonces oí el golpe, se había caído y se había golpeado la cabeza del lado del ojo, la llevé inmediatamente al hospital, ella no podía quedarse sola, sin lastimarse, me necesitaba más de lo que imaginé.

Estos acontecimientos generaron en la madre un miedo intenso de perder a su hija, pues la posibilidad de que se rompiera o incluso muriera era palpable, aumentando al mismo tiempo sus temores de no poder solventar los gastos económicos que generaba, a la vez que se desvanecía la esperanza de que al crecer su hija cuidara de ella. Además ella proviene de una familia en la que el papel de la madre es sagrado y toda madre debe sacrificarse por amor a sus hijos. Daniela no sólo no era la hija fuerte que la madre fantaseo, sino era especialmente frágil, y le demandaba mucho más sacrificio del que se hubiera podido imaginar.

Con respecto a la discrepancia entre el hijo maravilloso y el hijo real, la teoría explica que:

“El niño maravilloso es una representación inconsciente primaria en la que se anudan, con mayor densidad que en cualquier otra, los anhelos, nostalgias y esperanzas de cada cual” (Leclaire, 1975).

En este caso, la niña maravillosa, sería la niña que sería criada para curar a su madre del abandono, el deseo de su madre de ser por fin cuidada se vería realizado, pero ante la realidad, esta madre tuvo que renunciar a esa esperanza.

De la historia de la madre con su propia madre, hay que recordar que la describe como una mujer rígida a la que nunca pudo darle gusto, es decir, creció criticada y devaluada por su madre, resentida por ello, una posible manera de demostrar su valor era poder criar a una hija tan fuerte como el resto de las mujeres de la familia, pero esta posibilidad queda también anulada por la fragilidad y la discapacidad de Daniela.

Martha Shorn, lo explica de esta manera:

El resentimiento genera deseo de venganza. Pero cuando la hija – madre humillada, tiene un hijo discapacitado, la venganza, sentimiento unido al odio, queda escondido. Este hijo es el que no permitirá vengarse de la madre – abuela, mostrando “un niño hermoso” y entonces, inconscientemente el viraje de los sentimientos hostiles se dirigen al hijo.” No, desde lo consciente sino desde la fuerza inconsciente. Este odio se transforma en lo contrario, en un

excesivo amor que ahoga, que no permite crecer, sepultando al niño” (Schorn, 2002, p. 67).

Ante éste conflicto y apuntalada en la sentencia de que una madre debe siempre sacrificarse por sus hijos desde que Daniela nació se propuso hacer todo lo que fuera necesario y más para que estuviera bien, centrando entonces todos sus esfuerzos en el bienestar de su hija al grado de olvidarse de sí misma. La madre lo expresa de este modo:

M: Dejé mi trabajo, y a mis amistades, pues tuve que dedicarme completamente a Dany, para sacarla adelante

M: ...Yo tuve que pasar a segundo término, lo importante era ayudarla a ella...

M: Se supone que ella me cuidaría, pero no puedo dejarla sola ni un momento, ella no se puede cuidar ni a sí misma.

Desde entonces la madre se hizo cargo de llevarla a las rehabilitaciones y de procurarle absolutamente todo lo que necesitaba y deseaba. El miedo a perderla aunado a la discapacidad de la hija, le impusieron a la madre el deber de cuidarla de todo y de hacer todo por ella. Solo ocasionalmente recibía ayuda de su hermano y tío de Daniela quien la apoyó económicamente y en algunas ocasiones para llevarla o recogerla de la rehabilitación. La madre indica que él se encargaba de Dany, sólo cuando ella se enfermaba y realmente le era imposible hacerlo.

Ser necesitada la colocó en un lugar privilegiado, pues ella era la única que podía satisfacer a la hija, además de cumplir con el mandato transgeneracional de ser una madre que se sacrifica por su hija, una buena madre, pero al mismo tiempo le invadía el tiempo y la vida misma, al hacerse a un lado a sí misma en “favor” de la hija, ella misma no se desarrolló en ninguna otra área.

Esto motivó en la madre de Daniela sentimientos ambivalentes, por un lado odio inconsciente por la decepción de no ser la hija maravillosa que había fantaseado, exigirle un sacrificio mayor para poder demostrar ante su propia madre que sí era una buena madre, y el abandono de su trabajo, amigos e intereses, el abandono a sí misma

en favor de la hija, todo ello encubierto por la transformación en lo contrario, cuidados excesivos, y el monto de placer que narcisísticamente le pudiera provocar el ser indispensable para Daniela, y ser la mejor madre y más, frente a los demás.

Lo inconsciente siempre se manifiesta, la madre de Daniela manifestaba este odio inconsciente en sus cuidados ambivalentes, veamos el siguiente fragmento:

M: Madre, D: Daniela

- *M: “... No vayas a meter materias un día más, yo no te puedo estar llevando, he dejado muchas cosas por ti y tú no lo valoras...”*

Reproche contra Daniela, similar a los reproches recibidos en su niñez.

- *D: “Pues no me lleves, me voy sola, ya sé cómo”*
- *M: “Cómo crees que te vas a ir sola, sólo yo puedo llevarte, tú sola no puedes ir, yo tengo que llevarte”*

La siguiente semana Daniela dice:

“Le dije que tenía examen y que iba a ir, y me dijo que se sentía mal y que no podía llevarme, entonces le dije, me voy sola, ella dijo, pues te llevo aunque me ponga peor, y se levantó y me llevó, al regresar se sintió mal y al día siguiente amaneció enferma, y me dijo, ya ves lo que provocas”.

Culpabilizando a Daniela del sacrificio que hace por ella, incluso a costa de su salud

“No me deja hacer nada en la casa porque dice que no puedo, pero en cambio cuando anda apurada y quiere salir, ahí sí me dice, apúrate y haz las cosas que yo no te lo voy a estar haciendo todo, porque sí puedes, pero ya cuando lo hago me regaña porque lo hago mal”.

Repitiendo la desvalorización y la crítica ante las acciones de su hija, tal y como ella lo vivió en su relación con la madre – abuela.

“Nada le parece, si lo hago porque lo hago, y si no lo hago porque no lo hago, de todas maneras me está diciendo todo el tiempo de cosas, que si no valoro lo que

ella hace por mí, que si no soy considerada, ya ni siquiera me puedo enojar porque ya me está regañando”.

Al abandonar o al menos postergar de manera indefinida la posibilidad de tener una pareja, y dejar de lado su trabajo para aumentar los ingresos e incluso de cuidar de su propia salud, la madre de Daniela se debate entre reconocer que ya es capaz de hacer algunas cosas sola, lo que le permitiría comenzar a dejarla sola en algunas ocasiones y el temor de que se haga daño por su culpa, por no cumplir con la sentencia de sacrificarse por su hija.

Otra señal de la ambivalencia puede verse cuando a pesar de haberse sugerido en varias ocasiones someter a Daniela a una cirugía de codo y cadera, la madre decide no realizarla argumentando que no había suficientes recursos, pasando por alto que esta cirugía le habría dado a Daniela mayor independencia. Por un lado no falla en ningún momento a la rehabilitación, ni la deja caminar sola un par de cuadras hacia la escuela, acompañándola a pesar de su propia salud y quejándose de ello pero tampoco hace lo necesario para procurarle una operación que la habría hecho más independiente.

Cuando Daniela cumplió 18 años sucedieron dos acontecimientos importantes, por un lado comenzó a recibir un apoyo del gobierno debido a su discapacidad, dinero que administra su madre, y por el otro, dejaron la casa de la abuela de Daniela para irse a vivir solas a otra casa. En este momento la discapacidad de Daniela se convierte al mismo tiempo en un ingreso familiar, un apoyo económico y en una “mayor carga” pues ahora estarían solas. Al respecto la madre comentó:

M: “Nos fuimos de casa de mi mamá porque mis hermanas consentían todo el tiempo a Daniela, y querían decirme cómo educarla, cuando yo sabía lo que tenía que hacer, sabía que solas iba a ser más difícil pero era mejor, lo bueno es que nos empezaron a dar un apoyo del gobierno por la discapacidad de Dany y pues ya con eso vamos completando.”

T: “¿De qué manera la consentían?”

M: Pues le daban todo lo que quería, y la consecuentaban en todo, si Daniela quería salir, ahí van las tías o las primas a estarla llevando a todos lados, luego salían a la plaza, y quien sabe, ahí hasta se puede perder, pero eso no lo veían.

La madre deja la casa de su madre, mas no su obligación para con ella pues aunque viviendo en otra casa, va todos los días a atenderla, se aleja de su red de apoyo, sus hermanas en quienes no confía que puedan cuidar bien de Daniela “salían a la plaza y allí hasta se puede perder” demeritando incluso la propia capacidad de Daniela, y se va a vivir a otro lugar sola con su hija, sintiéndose económicamente “respaldada” pues asume como suyo un apoyo que es para su hija, convirtiéndolo en parte del ingreso familiar. “nos empezaron a dar...”

Cuando Daniela dejó su rehabilitación, la madre sintió cierta liberación y decidió aceptar como pareja a un amigo que durante varios años estuvo insistiendo en andar con ella, se trata de un hombre casado lo que evidentemente impide que pudieran vivir juntos o que la relación se llegue a formalizar, cuando la madre habla de ello dice:

M: Cuando Dany dejó la rehabilitación ya no tenía que estarla llevando y acepté salir con alguien, pero así como para él su familia está primero, él comprende que mi hija está primero, pues ella me necesita todo el tiempo.

Hay ocasiones en que sí la llega a dejar sola para encontrarse con él:

“Mi mamá me tiene prohibido usar la estufa, el otro día que ella no estaba, se fue con su amigo, a mí me dio hambre, y me puse a preparar un huevo revuelto, y me quemé con el sartén, en el brazo, cuando mi mamá llegó me dijo, para qué lo intentas, si ya sabes que no puedes, ya me da miedo intentar otra vez”.

Entonces resulta peligroso que salga acompañada de sus tías o primas, o bien que se quede al cuidado de ellas, pero no es peligroso que se quede sola en casa, con el acto de dejarla sola, le dice que puede estar sola, pero al intentar algo por sí misma y lastimarse lejos de auxiliarla para que lo haga mejor en una siguiente ocasión, la regaña y refuerza su miedo y su dependencia.

Está, por un lado el deseo de “continuar con su vida” e intentar separarse de su hija, que se manifiesta al atreverse a dejarla sola para ver a su “amigo”, y por el otro, la aparente evidencia de que si ella no está totalmente pendiente de su hija, ella se lastimará. Entonces la deja sola y la descuida cuando tiene deseos de ver a su amigo pero insiste en acompañarla a hacer su examen a pesar de su salud, en este sentido cabe mencionar que la escuela se encuentra a un par de cuadras de la casa, en realidad Daniela puede perfectamente caminar sola esas dos cuadras.

Respecto a lo que simboliza el nacimiento de un hijo para la madre, Maud Mannoni (1982), dice: “la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre los sueños perdidos; un sueño encargado de llenar lo quedó vacío en su propio pasado” (p. 22).

Lo que quedó vacío en el pasado de la madre de Daniela, fue el lugar del padre, el lugar del proveedor y protector que sostiene y cuida a la familia, lugar que generación tras generación era suplido por las hijas menores, es decir, cada hija llenaba el vacío de padre de su madre desde la bisabuela hasta la madre de Daniela.

“Si ese niño, cargado así de todos sus sueños perdidos, llega enfermo, la irrupción en la realidad de una imagen del cuerpo enfermo va a causar en la madre un shock: en el instante en que, en el plano fantasmático un vacío era llenado por un niño imaginario, surge un ser real que, por su enfermedad, no sólo va a despertar los traumas y las insatisfacciones anteriores, sino que impedirá más adelante, en el plano simbólico, que la madre pueda resolver su propio problema de castración” (Mannoni, 1982 p. 22).

La desilusión que provoca Daniela al ser una niña frágil, que podría cumplir con las fantasías de su madre, pone a la madre en conflicto, conflicto que desemboca en comportamientos ambivalentes, la parte amorosa y consciente manifestada en el auto sacrificio constante, la parte violenta inconsciente manifestada en el constante reclamo, en la indiferencia ante la operación, la culpabilización de la que la hace objeto cuando se ve obligada a sacrificarse, acompañarla a pesar de estar enferma, y estando sana salir a ver a su amigo dejándola sola.

Con relación a las madres que tienen hijos con alguna discapacidad, Maud Mannoni comenta que “La relación amorosa madre – hijo tendrá siempre, en este caso, un trasfondo de muerte, de muerte negada, disfrazada, la mayor parte del tiempo de amor sublime” (Mannoni, 1982, p. 20).

Esta sobre protección de la que es objeto Daniela, por parte de su madre, es la manifestación permitida y hasta sobrevalorada del auto-sacrificio, sin embargo, al mismo tiempo esa misma sobre protección y el evitar que Daniela haga las cosas que actualmente ya puede hacer por sí misma y acceda a la operación, la dejan indefensa ante el mundo y simbólicamente en peligro de muerte, totalmente dependiente de la presencia de la madre.

4.3 Las dificultades de separación en el desarrollo psicosexual de Daniela agravados por su discapacidad la llevan a fijarse en una adolescencia tardía y a presentar síntomas somáticos como defensa ante la angustia de separación.

La relación entre Daniela y su madre, es simbiótica, pues Daniela ha dependido toda su vida de que su madre la atienda, y la madre depende de que Daniela la necesite pues la convirtió en el centro y único sentido de su vida.

Desde que Daniela y su madre se mudaron, pese a haber suficiente espacio en casa, dormían juntas, solo tenían un colchón y lo compartían, cuando pregunté a la madre por la razón de no comprar otro colchón, ella dijo:

“Para qué comprar otro colchón, si allí cabemos las dos, además así la puedo atender inmediatamente si necesita algo”.

Para Winnicott, (1971) el espejo en el cual el niño se mira e identifica es la propia mirada de la madre, esto es, la forma en que la madre mira a su hijo, formará en él su *yo ideal*, ese yo al que inconscientemente será arrastrado una y otra vez. Para Daniela, la mirada de su madre la coloca por un lado como el centro de su vida, pero por el otro determina el modo en la misma Daniela se percibe a sí misma.

A pesar de que la rehabilitación de Daniela duró hasta sus 22 años y dio muy buenos resultados ya que actualmente aunque con dificultades se mueve sola, estudia y es

capaz de hacer muchas cosas, su madre no pudo abandonar esa posición privilegiada de ser totalmente necesitada y no ha dejado de ver a Daniela como incapaz de todo, la madre sigue diciendo:

M: "Es que Daniela no puede hacer nada sin mí"

La madre constantemente repite esto a su hija y a terceros en su presencia, Daniela lo ha escuchado desde que tiene memoria, y ahora ella con frecuencia sigue expresando:

"Yo no puedo hacer nada sin ella"

Ante los intentos de su madre para separarse, Daniela reacciona con enojo y angustia como puede verse en el siguiente fragmento que corresponde a una ocasión en que la madre tuvo que ir de emergencia a ver a su madre (abuela de Daniela), Daniela lo expresó así:

D: "Otra vez me dejó sola para ir a ver a mi abuela, yo no sé qué tanto hace allá, como si no tuviera otros hijos que la atendieran, tiene que ser mi mamá, y mientras, a mí ¿quién me atiende?"

Se puede ver entonces como esta dificultad de separación afecta a ambas, cuando Daniela se intenta separar para ir sola a la escuela a hacer su examen, la madre no lo tolera y aun estando enferma la acompaña, y cuando la deja sola, ya sea para ir a ver a su novio, o para auxiliar a su mamá, la que no lo tolera y se enoja es Daniela.

Daniela hoy establece relaciones también simbióticas, por ejemplo con la única amiga que tiene que es a su vez su vecina, Sandra a quien constantemente reclama que no pase suficiente tiempo con ella, pues cuando Daniela la va a visitar Sandra siempre está ocupada. Y a pesar de que Sandra, va con mucha frecuencia a casa de Daniela, e incluso a veces la ayuda con sus tareas, para Daniela no es suficiente pues se desespera porque exige que Sandra le diga cómo hacerla. Incluso cuando Sandra no puede ir a ayudarle por atender a su esposo, Daniela se enoja, y le reclama, como puede verse aquí:

D: “Ya me enojé con Sandra, es que estábamos haciendo mi tarea, pero llegó su esposo y se fue, y pues como yo ya no le entendía, no la terminé, ya, por eso no la pude entregar, y le dije, ya ves, que me dejaste sola, y no pude acabar mi tarea.

Veamos el siguiente fragmento:

D: Daniela, T: Terapeuta

T: “Tu mamá dice que no puedes ir sola a ningún lado, que ella tiene que llevarte, pero y tú qué piensas, es verdad que no puedes ir a ningún lado si tu mamá no te lleva”

D: “Es que no sé, Sandra dice que sí otros que tienen problemas como los míos o peores y pueden entonces yo también, pero luego me entra mucho miedo, y pienso que mi mamá tiene razón, qué tal si me pasa algo como ella dice: y entonces creo que no puedo”.

T: Sandra dice que sí podrías, y ¿tú qué dices?

D: Pues no sé

T: ¿Cómo se te ocurre que las personas que dice Sandra que sí pueden, lo hacen?

Después de un largo silencio dice:

D: No sé

En otras ocasiones cuando he llegado a sugerir que ella haga sus propias cosas, como prepararse un sándwich, o asear su cuarto, Daniela me responde:

“... ¿cómo voy a hacerlo?, mi mamá no me va a dejar y sabes que yo no puedo...”

Así como Daniela pudo realizar aunque lentamente las tareas de la parte ejecutiva del Test de inteligencia que le apliqué, perfectamente puede hacerse un sándwich, sin embargo me dice “sabes que no puedo”, la imagen corporal de Daniela es la de un cuerpo discapacitado, más discapacitado de lo que en realidad es, parece no estar consciente de sus alcances y sus limitaciones reales y todo fuera limitación. Lo que

además le proporciona cierta ganancia secundaria, al no tener que esforzarse en hacer nada, resulta cómodo que mamá lo haga todo.

“El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive” [...] “Si, en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia.” [...] “La imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica, a la vez narcisística e interrelacional: camuflable o actualizable en la relación aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje” (Doltó, 1986, (p. 21).

La imagen corporal de Daniela se mantiene distorsionada por los mensajes limitantes que constantemente recibe de su madre, lo que hace que la discapacidad física sea simbólicamente más grave de lo que en realidad es al día de hoy.

Doltó, (1986) distingue tres componentes de la imagen del cuerpo que se interrelacionan, la imagen de base, que se urde desde el nacimiento y le da al niño sentido de existencia, Daniela fue bien recibida por su madre, por lo que este componente de su imagen corporal ha sido conservado, la imagen funcional, que permite que las funciones de vida puedan apuntar a manifestarse para obtener placer, y cuando ésta es parcial o totalmente denegada el niño puede elegir como desenlace un funcionamiento de repliegue, al ser tratada en casa como una bebé sin serlo y ser tratada ahora como una niña sin serlo, sus progresos motores fueron denegados al menos de manera parcial pues en la rehabilitación sí eran estimulados, de manera que Daniela sí logra utilizar las funciones motoras pero se mantiene replegada al menos en la consciencia negándose la posibilidad de sentir placer al hacer uso de ella, la tercera componente, la imagen erógena está asociada a determinada imagen funcional del cuerpo, el lugar donde se localizan placer o displacer erótico en la relación con el otro, Daniela tiende a establecer relaciones simbióticas y asfixiantes, como la relación que tiene con su madre, y la que se manifestó en la transferencia. Los tres componentes se transforman y reorganizan a lo largo del desarrollo mediante castraciones simbólicas,

esto es, realizando en cada estadio la castración correspondiente, pero acompañándola de la comunicación subjetiva por parte principalmente de la madre y otras personas significativas en la vida del niño que le permiten contener la angustia que cada castración le genera, y al mismo tiempo acceder a las nuevas habilidades que el cuerpo va desarrollando.

En la situación de Daniela, la que parece haber fallado fue la castración anal, que es la que posibilita la motricidad voluntaria y ágil, pues la madre en lugar de ser una acompañante cuidadosa y contenedora de la angustia y al mismo tiempo estimuladora de esa motricidad, fue una madre temerosa que no pudo valorizarla, lo que considero que permitió a Daniela desarrollar su motricidad aunque lentamente fue la rehabilitación que al menos de manera parcial sí la estimulaba en un ambiente seguro y contendor de su angustia.

Daniela no tiene amigos, salvo una amiga que tuvo en secundaria, y la amiga que hoy tiene y que es su vecina, el hecho de no haber podido convivir con otros niños con la libertad que lo pueden hacer los niños que no tienen discapacidad, el retraso en el desarrollo psicomotor y la extrema sobre protección de su madre contribuyeron a que su desarrollo psicosexual fuera también más lento, aunado a que socio culturalmente se niega la sexualidad de las personas con discapacidad, como si no tuviera derecho a sentir placer sexual, o a tener una pareja sentimental.

Martha Schorn (1999) indica que regularmente entre los niños que padecen alguna discapacidad, al llegar a los cuatro o cinco años en que descubren e investigan acerca de sus diferencias con los otros niños, viven sus discapacidades como verdaderas castraciones cuya angustia se manifiesta en irritabilidad, bajo rendimiento, distracción, retraimiento y tristeza.

Daniela expresó que se sentía como una muñequita que ponían en uno u otro lugar, mientras que los otros niños podían correr o ir a donde quisieran, ella tenía que quedarse en el lugar que la habían dejado, pues si intentaba moverse la regañaban porque se podía lastimar, esto le provocaba enojo y tristeza,

Daniela aún resiente esos sentimientos de impotencia, cuando convive con su sobrino de cuatro años, ella lo expresa de este modo:

D: Ese niño es muy molesto, se la pasa corriendo de un lugar a otro, parece que no se puede estar quieto, me aturde y me desespera.

Al preguntarle, qué recuerda ella de cuando tenía esa edad, dice:

D: Pues yo no tenía de otra, no podía correr, y me costaba mucho trabajo caminar, veía a los otros niños que sí podían y me sentía triste, yo me tenía que quedar donde me dejaban, me gustara o no, porque si no me regañaban, casi como si siguiera siendo bebé.

Otro de los procesos que se ven afectados por la presencia de alguna discapacidad son los procesos adolescenciales, pues los chicos con discapacidad han crecido casi siempre más alejados de sus pares y más cercanos a sus padres, lo que dificulta enormemente el acceso a las actividades grupales, a la relación de pareja y al descubrimiento de la vocación. (Schorn, 1999).

Aun estando ya en el bachillerato, la madre de Daniela, la llevaba y recogía siempre de la escuela, la única ventana al mundo que ella tenía era el internet, de manera que simplemente no tuvo oportunidad de tener actividades grupales, ni tener una pareja.

Peter Blos (1971, p. 18) explica que durante las dos primeras décadas de la vida se dan procesos de separación, diferenciación e integración progresiva de la personalidad que son estimulados por los procesos de maduración que actúan de adentro hacia afuera en forma suplementaria y complementaria, y se integran de acuerdo con el tiempo de maduración del cuerpo y del aparato psíquico.

Para Daniela, estos procesos han sido particularmente complejos. Los problemas que se presentaron en la niñez para su desarrollo psicomotor, y la constante sobre protección de la madre dificultaron significativamente sus procesos de separación, diferenciación e integración de personalidad, por lo que no se puede considerar que haya tenido un desarrollo normal.

Dice Blos (1971) que el pasaje a través del periodo adolescente no se da en línea recta y es desordenado, comprende metas contradictorias, la duración de cada fase no puede fijarse en un tiempo determinado ni dentro de una edad cronológica.

A pesar de que Daniela sobre pasa ya la edad cronológica de la adolescencia, su desarrollo psíquico, y sus conductas sí corresponden al inicio de esta etapa.

Daniela tenía la edad de veinticinco años cuando tuvo su primer novio, por internet, nunca se vieron pues él nunca fue a su casa, y ella no podía salir pues su madre se lo impedía, esta relación terminó por teléfono tras una “trampa” que Daniela le pone al novio para saber si le era fiel. Ella lo relata así:

“Antes de José, tuve otro novio, pero él nunca vino a mi casa, mi mamá decía que no me quería, que de seguro y me engañaba, entonces le pedí a mi prima que le hablara y le coqueteara y él también le coqueteó, entonces ya le hablé yo y le dije que con quien había hablado era mi prima y que ya no quería nada con él, así terminamos”.

Como puede verse, la madre dicta una sentencia “No te quiere, te engaña” y Daniela hace todo lo posible por ver cumplida tal sentencia.

Este primer enamoramiento bien podría corresponder a un intento de separación de la madre, aunque se trate de una relación que se realizaba en la fantasía permeada tan sólo por unos cuantos elementos de realidad, una relación idealizada y en la que aún no se ve indicio de sexualidad genital; sin embargo sí constituye un intento de retirar la libido de su madre para colocarla en un objeto distinto, características propias de un proceso puberal.

Su siguiente relación comenzó meses después, con José, que es el novio cuyo rompimiento motivó su deseo de iniciar la psicoterapia, también lo conoció por Internet pero él sí llegó a visitarla en su casa, incluso habló con su madre para que los dejara ser novios, con él Daniela tuvo sus primeros acercamientos a una sexualidad genital.

“Al principio pasaban cosas, nos tocábamos y todo eso, pero no llegábamos a más, de lo otro nada de nada”.

Aún con la vergüenza propia de los púberes, dice “lo otro” para referirse al acto sexual, del que todavía no está familiarizada, que sigue siendo un misterio, algo que no es completamente conocido.

Fue poco después de estas primeras experiencias sexuales que Daniela comienza de manera deliberada y consciente a tocar su cuerpo, comienza a masturbarse, ella menciona que fue también en esta época que empezó a molestarle dormir con su madre, pero que no entendía muy bien por qué, en sesión ella lo dice así:

“Ya no quiero dormir con mi madre, me sacan mucho de onda sus bochornos, y que mi cuerpo roce el suyo, me da como asco, me voy a quedar en el sillón hasta que me pueda comprar un colchón”.

Es posible que dormir con su madre despertara en Daniela deseos incestuosos reprimidos y de los cuales se defiende mediante ese asco manifiesto que aparece ahora que el encuentro erótico con José dan un significado nuevo tanto a esta situación, como a la autoexploración, ahora convertida en masturbación, marcando de este modo un despertar de los impulsos sexuales genitales antes tan sólo latentes.

Durante este periodo de latencia total o meramente parcial se edifican los poderes anímicos que más tarde se presentarán como inhibiciones en el camino de la pulsión sexual y angostarán su curso a la manera de unos diques (el asco, el sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales en lo estético y en lo moral) (Freud, 1905/2008, p. 161).

En el inconsciente de Daniela subyacen deseos incestuosos dirigidos a su madre, manifestándose en este asco como un dique represivo lo que estaría dejando ver que Daniela está pasando por una fase de Edipo negativo respecto de su madre, atacando también ferozmente a la pareja de su madre.

La pareja de la madre que constituye un intento de la madre por establecer la separación, no es bien aceptada por Daniela, este hecho le genera angustia y molestia, ella experimenta enojo, celos y envidia pues este hombre le quita a su madre que tanto

necesita y al mismo tiempo, no puede tolerar que su madre sí pueda tener lo que ella desea y no puede tener, cuando se expresa de él, lo hace de la siguiente manera:

“Es un hombre que no le conviene, no tiene a que venir, ni ella a qué ir, es mentiroso e irresponsable, nunca, nunca lo voy a aceptar, no sé qué le ve, y no me gusta que salga con él, pues a mí me deja sola, lo prefiere a él, y claro luego se enoja porque sola en mi casa me lastimo”.

Cabe mencionar que este hombre con quien la madre ha empezado a salir desde hace aproximadamente cinco años como pareja, es casado, lo que evidentemente impide que pudieran vivir juntos, entonces aunque el tener esta relación pudiera favorecer la separación entre Daniela y su madre, la influencia no es suficientemente fuerte pues la relación de la madre con este hombre no puede concretarse.

Por su parte Daniela da salida a sus impulsos sexuales mediante sus relaciones virtuales, fantaseadas por internet pero sin atreverse a conocerlos y establecer una relación más real bajo la sentencia de la madre quien lo expresa diciéndole *“No te debes enamorar, ya viste lo que te pasó, te va a volver a pasar lo mismo”* discurso que Daniela hace propio al decir *“Tengo miedo de que, si me enamoro, me vuelva a pasar lo mismo”*.

El reciente despertar sexual de Daniela, el desplazamiento de la figura materna en las amigas, en este caso en Sandra, la necesidad expresada de mayor intimidad, *“Me molesta que lea mis correos y que quiera ver cuando chateo”*, *“Ya no quiero dormir con ella”* el deseo de hacer su vida separada de la madre pues ha imaginado su vida casada y en otra casa, el desmoronamiento de la figura idealizada de la madre, pues pasó de ser la gran mujer que lo puede todo a una mujer que lo obstaculiza todo y que además tampoco sabe elegir a su pareja, puede estar indicando que a sus hoy veintisiete años Daniela está apenas iniciando un proceso adolescente aunque físicamente sea una mujer. Proceso que pudiera estar manifestando, que psíquicamente, está dentro lo que Carvajal (1993) clasifica como etapa puberal, que constituye la primera etapa de la adolescencia según este autor, y que se caracteriza por un rompimiento masivo con la infancia y un aislamiento del mundo externo en general, acompañado de confusión, autoerotismo y el final de ésta un desplazamiento de su libido hacia un objeto externo

especular, es decir, una imagen proyectiva de sí mismo y a quien le percibe como un amigo íntimo al que se atribuyen todas las características que antes se asociaban a las figuras primarias estableciendo con este objeto una relación de dependencia infantil similar a la que antes se tenía con los padres.

Para Carvajal (1993) la adolescencia tardía es un cuadro de manifestaciones adolescenciales que se presentan en edades cronológicas posteriores a la adolescencia, las evidencias presentadas hasta ahora muestran que Daniela tiene un desarrollo psicosexual demorado, de manera que manifestaciones que debieron presentarse en la edad cronológica correspondiente a la adolescencia, se presentan apenas ahora en su adultez.

Por otra parte, Daniela presenta fijaciones de etapa aún anteriores como la simbiosis con la madre y la tendencia a establecer relaciones dependientes.

Sandra, su amiga y vecina sería este objeto externo especular, Daniela por un lado dice que la percibe sometida a su marido, que hace todo lo que el marido le pide como si ella no tuviera voluntad propia, tal y como a ella le pasa con su madre, y por otro lado, se apoya en ella y busca establecer con ella la misma relación dependiente y asfixiante que tiene con su madre, Daniela establece este tipo de relaciones también con sus “novios”, veamos los siguientes fragmentos:

Refiriéndose a su madre, Daniela dice:

“Ay, ya me tiene harta, Dany haz esto, Dany haz lo otro, no me deja en paz, quiere ver todo lo que hago, luego hasta se pone junto a mi cuando estoy chateando porque que quiere leer mi conversación”.

“La compu está junto a la entrada del baño, y tiene que escoger exactamente cuando estoy en la compu para pasar, a ver porque no se va al otro baño, es que quiere ver que estoy haciendo, es puro pretexto”.

Aquí puede verse como Daniela percibe a su madre como invasora, y asfixiante

Refiriéndose a sus amigas:

“Yo corría con ella para todo, ..., pero ahora que me la encontré me dijo que no tenía teléfono, que cuando lo tuviera me lo daba pero ya hace un año de eso y no me ha hablado”.

“Sandra me está enseñando a buscar en las bolsas de trabajo, y quería que me ayudara a llenar mi solicitud pero se desespera porque no le entiendo y es que ella no me dice lo que tengo que poner”.

Aquí puede verse el modo en que Daniela tiende a depender de sus amigas y su exigencia de que hagan las cosas por ella.

Refiriéndose a un chico que conoció por internet:

“No me llama, ni me manda mensajes, y yo le llamo pero no me contesta, ya no le voy a llamar”.

“No aguanté y le llamé, es que ya no pude más, no sé por qué lo hago pero no lo puedo evitar”.

“Si yo no le hablo él no me habla, yo soy quien sostiene la relación, si yo no le hablara no habría nada y es que él no valora lo que hago, yo me preocupo por él pero eso a él no le importa”.

Tal y como su madre lo hace con ella *“No valoras todo lo que hago por ti, yo me preocupo por ti, y a ti no te importa”.*

“Vi unas fotos en su fb y le pregunté qué de quién eran, si andaba con esa chava me lo dijera y ya no volvía a molestar” Esto ocurre unos días después de chatear con este chico por primera vez.

“Le hablé en la mañana y no me contestó, le mandé mensaje en la tarde y no me contestó, le volví a llamar en la noche, pero ya estaba enojada, pues qué andaba haciendo, por qué no me contestaba, y le reclamé y me dijo que andaba trabajando, sí como no, seguro estaba con la chava de las fotos”.

T: *“Para qué le llamaste tantas veces”.*

“Es que sólo le quería avisar que no iba a estar todo el fin de semana y que a donde iba no había señal”.

En este fragmento puede verse la angustia que le provoca a Daniela la posibilidad de que él pudiera llamarle y ella no estuviera disponible, a pesar de que él nunca le llame, y por otro lado repite con él lo que hace su madre con ella: usar de pretexto el pasar al baño para ver lo que escribe, aquí, ella usa el pretexto de avisarle que se saldría el fin de semana, para hablarle insistentemente al muchacho y así saber lo que estaba haciendo.

Esta tendencia a la dependencia pudo observarse incluso en transferencia, pues en algunas sesiones llegaba planteando un dilema con relación a los chicos que conocía en internet, ella suponía que le diría lo mismo que su madre, al ver que no sucedía ello, y que yo no le daba una solución concreta a su dilema, ella con angustia y cierta molestia me decía:

“Pero dime ¿qué hago?”

Otras veces cuando me demoraba unos minutos con el paciente anterior, a pesar de que la recepcionista le informaba la situación, ella marcaba con insistencia a mi celular hasta que le contestaba y podía asegurarse de que yo estaba en el centro y de que sí la recibiría.

Finalmente es tal la angustia que vive Daniela ante la separación en general, y de su madre en particular, que cada vez que se esfuerza por separarse de ella, ya sea tratando de insertarse en la vida laboral, avanzando en sus estudios, animándose a salir con sus amigas o pensando en conocer físicamente a los chicos que conoce por internet, que aparecen varios síntomas físicos como estornudar sin poder parar, congestión nasal que le impide incluso dormir, dolor de cabeza, ha ido al médico y este le ha dicho que es como una alergia al medio ambiente, pero que no hay una explicación médica de ello, en los estudios no se encontraron el o los agentes alérgicos.

Poniendo de manifiesto, las fijaciones de Daniela en etapas tempranas e incluso mediante el síntoma físico, una regresión inconsciente a etapas pre verbales como McDougall lo explica.

Clotilde Pascual (2008), con relación a los síntomas, dice que están ligados al desarrollo psicosexual y que buscan reprimir la pulsión sexual, siendo la desviación de la libido sexual una defensa contra la castración, que los síntomas son a la vez sustitución de la satisfacción sexual y defensa contra ella, y producen sufrimiento.

Esta alergia al medio ambiente que le impide hacer cualquier cosa sintiendo que se ahoga, que no puede respirar y que todo le hace daño, el calor, el frío, el polvo, la comida, los olores etc., lo que alude totalmente a su conflicto, esta asfixia que siente de la madre y que desplaza primero en sus objetos, y ahora deposita en su cuerpo, apuntalada quizá en sus primeras experiencias de angustia, recordemos que al nacer tuvo dificultades para respirar, y que al tercer mes tuvo una infección en las vías respiratorias que la llevaron de urgencia al hospital, se trata de una reacción arcaica, ante la angustia.

Cuando el niño puede separarse y diferenciarse de su madre, adquiere también la capacidad para diferenciar lo psíquico de lo somático, y esto solo es posible cuando la madre ha sabido respetar los procesos mediante los cuales el niño va conquistando su autonomía, entonces él aprende a poner en palabras sus ansiedades, y a llevar a cabo lo necesario para obtener lo que desea, cuando este proceso fracasa, puede provocar una fisura entre la psique y el soma (McDougall 1991) rompiendo la comunicación entre ellos.

“Las estructuras psíquicas más antiguas del niño pequeño se articulan alrededor de significantes no verbales, donde las funciones corporales y las zonas erógenas desempeñan un papel primordial” (McDougall, 1991, p. 20)

Ante la dificultad de reconocer y expresar su ansiedad, y dar los pasos que la puedan llevar a separarse, Daniela desplaza en la función respiratoria, y a través de su boca y garganta ese monto de ansiedad, presentando congestión nasal, sensación de asfixia y tos incontrolable, tan incontrolable como parece ser el conflicto mismo.

Freud dice: “Los pacientes gozaron de salud psíquica hasta el momento en que sobrevino un caso de inconsciabilidad en su vida de representaciones, es decir, hasta que se presentó a su yo una vivencia, una representación, una sensación que despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarlo, no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esta representación inconciliable le oponía... ...En personas del sexo femenino, tales representaciones inconciliables nacen las más de las veces sobre el suelo del vivenciar y el sentir sexuales.. En la histeria el modo de volver inocua la representación inconciliable es transponer a lo corporal la suma excitación.” (Freud, 1894/2008, p. 49).

En el caso de Daniela la idea inconciliable puede ser el deseo incestuoso hacia su madre, que cobra significado en su despertar sexual primero con el primer novio y luego en sus experiencias auto eróticas, defendiéndose de ello mediante la alergia, que representa una satisfacción sustitutiva: de la excitación sexual, sirviendo al mismo tiempo para cumplir con la sentencia *Daniela no puede hacer nada sin mí*, pues incapacitada por la alergia requiere del constante cuidado con la madre, lo cual trae además como ganancia que la madre no pueda atender a otras personas pues su hija la necesita, impidiendo de este modo que pueda darse la tan temida separación.

Cuando el adulto no ha logrado una representación inconsciente bien definida entre los límites de su cuerpo y el de los demás, las experiencias de separación afectiva con otras personas significativas reviven los afectos ambivalentes de su primera infancia y pueden desembocar en expresiones psicósomáticas (Mcdougall, 1991).

Se podría decir que Daniela no ha logrado tener el permiso de su madre para apropiarse de su cuerpo, y cuando lo intenta el costo siempre es alto, de manera que ha aprendido a vivir su cuerpo desde los deseos, las prohibiciones y las experiencias de su madre, de manera que al presentarse la posible separación primero de su madre y después de sus amigas y de sus posibles parejas, revive aquellos momentos de su infancia en que deseaba poder usar su cuerpo como los demás pero no podía y quedaba

atrapada en un cuerpo que no respondía y al que la madre manipulaba, lo que bien puede estar desembocando en esta alergia que presenta.

V.- Transferencia y Contratransferencia

En esta sección procuraré expresar los aspectos relacionados con mi vivencia tanto transferencial como contratransferencial durante el proceso terapéutico de Daniela.

El proceso tuvo una duración aproximada de dos años y medio, en el que nos veíamos una vez por semana y aproximadamente cada tres meses tenía una sesión con su madre.

Mi coordinador en el Centro Comunitario, me había advertido que esta era una paciente adulta pero que tenía diagnóstico de retraso mental, lo que de alguna manera inevitablemente me generó un prejuicio hacia la paciente, lo más evidente al mirarla era su discapacidad motora, lo que provocó en mí una primera mirada compasiva, manera en la que posiblemente era mirada por los demás e incluso por sí misma. En ese momento ignorante de su diagnóstico real solicité a su madre además de su relato de la historia médica de la paciente como parte de la elaboración de la historia clínica, una fotocopia de todo lo que tuviera relacionado con la discapacidad de Daniela y pese a no haber encontrado ni en la historia clínica, ni en las fotocopias solicitadas ningún diagnóstico de retraso mental, me sentía insegura, pues no sólo carecía de suficiente experiencia clínica pues era una terapeuta en formación sino, que además nunca me había enfrentado en mi carrera a un trabajo con personas que padecieran alguna discapacidad, no tenía idea de si, un enfoque psicoanalítico pudiera llevarse a cabo con ella, y tenía la necesidad de saber si sus habilidades mentales se lo permitirían, o bien descartar ese prejuicio que yo me había formado, así que me apegue a lo conocido, y fue así, como decidí previa consulta con mi supervisora, realizar una evaluación de las habilidades intelectuales de la paciente.

Una vez establecido que si bien Daniela sí estaba por debajo de la norma en sus habilidades intelectuales no constituía una limitante para el trabajo psicoterapéutico desde un enfoque psicoanalítico, mi supervisora me ayudó a establecer la líneas de tratamiento, haciendo énfasis en la importancia de darle un lugar a su discapacidad, lo que a mí se me dificultaba, pues tenía la tendencia de dejarla de lado pese a lo evidente

que era, en este aspecto mi propio análisis me ayudó a entender las razones por las que yo minimizaba este aspecto, lo que me fue de gran ayuda al momento de abordarlo con Daniela.

Daniela llega deprimida por un rompimiento amoroso, expresando tímidamente su tristeza, y poniendo de manifiesto en los actos su angustia pidiendo a su madre que no se fuera a ir y la esperara, lo que la madre hacía, esto me dio la pauta de que había cosas importantes que trabajar respecto a la relación de Daniela con su madre, poco a poco me di cuenta de que Daniela tenía una personalidad dependiente, que exigía de los demás, incluyéndome a mí que se hicieran cargo de ella, que hicieran incluso las cosas por ella, y que no la dejaran sola, fue manifestándose la angustia de separación tanto en el discurso como en los actos, llamando a mi celular con insistencia si me tardaba algunos minutos en recibirla después de la hora pactada, preguntando a la recepcionista al llegar (siempre llegaba de cinco a diez minutos antes de la hora) si yo estaba y si la iba a atender, su discurso también era demandante, ante varios dilemas me pedía que le dijera exactamente lo que tenía que hacer e incluso constantemente me decía, “haz entender a mi mamá”. En algunas ocasiones ante sus dificultades en la escuela caía yo en su demanda, dándole sugerencias para mejorar su forma de estudio tal y como lo hacía antes en mi labor como orientadora, lo que afortunadamente me hizo ver mi supervisora. Sentía una gran necesidad de aliviarla, y de que pudiera tener logros que la hicieran sentir más segura de sí misma, lo que debo reconocer era también una necesidad mía, pues yo necesitaba también tener logros con ella que me hicieran sentir más segura como terapeuta.

Poco a poco la angustia tanto de Daniela como mía fue disminuyendo, mi supervisora atinadamente apuntó hacia la necesidad de trabajar también con la madre de Daniela, le sugerí que ella también tuviera un proceso terapéutico, lo que rechazó argumentando que no le alcanzaba el dinero para los dos procesos, habiéndome dado cuenta de que gran parte de la problemática de Daniela se debía a la sobreprotección de su madre y de alguna manera cediendo sin darme cuenta a la petición de Daniela “haz que ella entienda”. Recuerdo haber sentido mucho enojo contra su madre por no haber aceptado someterse a un proceso terapéutico, lo que también logré trabajar y

entender desde mi propia historia mediante mi análisis, lo que me permitió valorar y luego establecer un trabajo con la madre siendo empática con su angustia como madre y procurando contenerla y hacerle ver la importancia de que fuera reconociendo y valorizando las habilidades que su hija sí tenía.

Al disminuir la angustia, empezó a aparecer el enojo que Daniela tenía con su madre para después, poco a poco, reconocer que también se sentía enojada con su discapacidad y consigo misma, en este aspecto la transferencia también se hizo presente, pues ante mi postura de no decirle qué hacer e insistir en que ella debía decidir y asumir las consecuencias de sus decisiones, también conmigo se enojaba, diciéndome que mi trabajo era decirle qué hacer, que a eso venía. Contransferencialmente, yo recibía su enojo sin reaccionar, consciente de que era una reacción recurrente en Daniela, y que a través de ella intentaba convertirme de nuevo en su madre, la supervisión me hizo ver que yo debía de alguna manera ejercer la función que la madre de Daniela no había logrado ejercer, que era la de estimularla a tomar sus propias decisiones y a asumir sus riesgos pero con la escucha y la paciencia que ella necesitaba, creyendo en ella y en sus capacidades, sin embargo me sentía enojada ante sus demandas, era como si en mi interior yo tuviera prisa de que Daniela se asumiera responsable de sí misma, en este aspecto no sólo la supervisión fue muy valiosa, sino de nuevo llevé esto a mi análisis donde me fue posible trabajar y comprender esos sentimientos.

Para que Daniela pudiera diferenciar entre lo que realmente podía y no podía hacer con su cuerpo, fue necesario hablar mucho de su discapacidad, e inclusive elaborar el duelo por una niñez que aunque llena de limitaciones también fue una niñez en extremo protegida, en la que ella no tenía que hacer nada, pues todo se lo hacían, pero también una niñez con mucho dolor físico y mucha frustración. Experimenté con ella su proceso de duelo llevándome, desde la contratransferencia que también tuve que llevar a mi análisis, a elaborar mi propio duelo ante algunos aspectos de mi niñez.

Daniela fue pudiendo poco a poco ser más independiente, mientras que al principio ante la sola idea de hacer algo encaminado a hacer cosas separada de su madre como, salir con amigas o simplemente salir a la calle sin su madre, llegó a

provocarle síntomas de asfixia, dolor de cabeza y dificultades para respirar. En el último año de tratamiento, ella se venía sola y se regresaba sola, ya no se desesperaba tanto y fue permitiéndose pasar de la exigencia a que le dijera qué hacer, a tolerar la idea de que lo pensáramos juntas evaluando pros y contras de sus decisiones, incluso dejó de preguntar si estaba yo y si la atendería, y dejó de llamarme al celular si me tardaba. Fue pudiendo considerar e incluso llevar a cabo algunas salidas con amigas, al punto de llegar a cancelar una sesión porque habría una reunión después de la escuela, debo confesar que lejos de molestarme la cancelación me dio mucha alegría pues, me di cuenta de que las defensas estaban cediendo, y de que incluso ya se atrevía a hacer algo sin “mi permiso” y hasta sin habérmelo consultado previamente. Daniela estaba creciendo, este acontecimiento y mi sentir, también los llevé a mi análisis lo que me permitió darle un lugar en mi propia vivencia, y poderlo abordar con Daniela desde una postura de escucha y análisis en lugar de caer en una euforia excesiva, pues mi deseo era el de casi hacer una fiesta y felicitarla.

Algo similar ocurrió cuando por fin encontró su primer trabajo en una empresa que contrataba personas con discapacidad cerca de su casa, pero que implicaba tomar un pesero para llegar y comenzó allí a tener amigas, e incluso comenzó una relación de pareja ahora con alguien real, y no una relación virtual como las que antes había tenido.

VI.- Alcances del proceso terapéutico

El motivo de consulta manifiesto de Daniela era aliviar su depresión tras el rompimiento de su relación de pareja, sin embargo se pudo descubrir que el motivo latente era lograr establecer las bases necesarias para poder construir su propia vida adquiriendo su autonomía y concretando deseos y necesidades como la de tener una pareja, trabajar, y hacerse cargo de sí misma.

Entre los aspectos que se fueron trabajando fue la aceptación y manejo objetivo de su discapacidad, la relación ambivalente y simbiótica que tenía con su madre y que luego establecía con las otras personas, sus defensas ante la angustia de separación y las acciones que llevaba a cabo para alejar a las personas que le importaban así como, las maneras en que ella contribuía a no poder concretar relaciones de amistad y de pareja, sanas.

Durante el proceso Daniela comenzó culpando exclusivamente a su madre de sus fracasos al momento de establecer relaciones, principalmente de pareja, poco a poco pudo darse cuenta de que no sólo era enojo contra su madre, sino también contra su discapacidad y contra ella misma.

Pudo abordar los sentimientos que durante su vida había tenido con relación a su discapacidad pudiendo finalmente aceptarla, lo que permitió de una manera más objetiva diferenciar entre lo que sí podía hacer y lo que no.

Pudo elaborar el duelo por su niñez, lo que le dio la posibilidad de pasar del rechazo y la crítica total hacia su sobrino a desarrollar mayor tolerancia hacía él, mejorando significativamente su relación con él, pues incluso llegó a permitirse convivir y jugar con él.

Pudo también hacer consciencia de las cosas que ella hacía, y que provocaban que las personas se alejaran de ella, pues las asfixiaba de la misma manera como su madre la asfixiaba a ella, pudo mirarlo con su amiga Sandra, llegando a comprender y aceptar que su amiga, tenía sus propios asuntos que atender y que ella no era su prioridad y que eso era aceptable, así como llegar a darse cuenta de que los muchachos

dejaban de hablarle por la manera en que ella los perseguía y exigía atención en todo momento.

Pasó de la autocompasión a la rebeldía exigiendo que ya no fuera su madre quien manejara su dinero sino ella misma, estableciendo que no dormiría más con su madre, y yéndose a dormir al sillón hasta que pudiera comprarse un colchón para ella, e incluso insistiendo y logrando que la madre aceptara que ella durmiera en otra habitación y a esta se le pusiera una puerta con chapa.

Pudo también diferenciar entre sus deseos y los de su madre, defendiendo lo que ella quería en realidad, desde la ropa que quería usar, hasta el ir con ella o no de vacaciones, e incluso los síntomas somáticos fueron disminuyendo a lo largo del tratamiento.

Daniela terminó el bachillerato e incluso logró obtener un trabajo en una empresa en que contrataban personas con discapacidad cerca de su casa, pero incluía tomar un pesero, cosa que a ella y a su madre les daba mucho miedo, así como pasar de tener relaciones virtuales a tener relaciones reales, primero en su escuela y luego en su trabajo.

Para alcanzar todos estos logros, fue de vital importancia el constante trabajo con su madre, dándole espacio y contención a su angustia de que a Daniela fuera a pasarle algo, abriendo la posibilidad primero de que alguien más aparte de ella la auxiliara, como sus hermanas (tías de Daniela) y sus sobrinas (primas de Daniela), y después incluso permitiendo que Daniela comenzara a moverse sola en la calle. No fue un proceso fácil, requirió de mucho acompañamiento y contención empática para ella, fui apuntando a que reconociera la importancia de que ella comenzará a abrirse a otras experiencias además de la de ser madre, retomara sus propios intereses y aficiones, recuperara amistades abandonadas, e incluso mejorara sus ingresos, dedicándose más a su trabajo que tanto le gustaba y le permitiera a Daniela, administrar sus propios recursos económicos.

VII.- Limitaciones del proceso terapéutico

Entre las principales limitaciones se encontraron la escasez de recursos económicos, lo que impidió que la madre de Daniela tomara un proceso personal que probablemente le hubiese permitido trabajar su relación con su madre (abuela de Daniela) y así disminuir la ambivalencia en sus cuidados maternos.

Derivado de esto mismo, el que no se le hubiera practicado a Daniela la operación correctiva que sugerían los médicos, dándole mayores posibilidades de disminuir su discapacidad, así como la renuencia de Daniela para volver a la rehabilitación, lo que a la larga puede llevar a que pierda parte de lo ganado.

Y finalmente cuando Daniela consiguió trabajo, sus horarios y los míos ya no permitieron continuar con el proceso, por lo que tuvimos que darlo por concluido.

Conclusiones

A partir del motivo de consulta, la exploración de la historia clínica y el material que iba surgiendo tanto con la paciente como con su madre, así como la luz que a todo este análisis me iba arrojando la supervisión es que llegué a plantearme que la ambivalencia en los cuidados maternos de Daniela, quien sufre una discapacidad motora desde muy pequeña provocó dificultades de separación en su desarrollo psicosexual. Al iniciar el proceso terapéutico pasaba por una adolescencia tardía, con fijaciones en etapas tempranas, pues tenía una relación simbiótica con su madre, y establecía con las personas con quienes convivía, incluyéndome relaciones dependientes. Estas fijaciones que podían observarse en la angustia que le producía separarse de su madre o de las personas significativas en su vida, se manifestó también en síntomas somáticos.

Tomando en consideración los antecedentes de la madre de Daniela, se encontró que ella venía de una familia de mujeres fuertes que tuvieron que criar a sus hijos solas ya que los hombres de esta familia siempre terminaban abandonando, que existía un patrón transgeneracional en el que cada hija menor era la encargada de cuidar a su madre hasta la vejez, patrón que se venía repitiendo desde la bisabuela de Daniela hasta su madre, y que la relación entre la madre de Daniela y su madre (abuela de Daniela) no era buena pues fue también una relación ambivalente, pues se hizo cargo de ella sin apoyo pero al mismo tiempo era rígida y criticaba cada una de las acciones de su hija, reprobándolas y devaluándolas.

De lo anterior se dedujo que desde el embarazo de Daniela con la separación de sus padres, la madre de Daniela vuelve a experimentar el abandono sufrido previamente por su padre, y ahora por su esposo siendo en parte este embarazo uno de los factores que llevó a la separación. Al ser Daniela una niña, inconscientemente su madre esperaba que fuera quien curara su herida de abandono y le permitiría mostrar a su madre (abuela de Daniela) que ella sí podía hacer las cosas bien, criando a una hija fuerte. Desde que Daniela nació y durante toda su vida ha tenido problemas de salud trayendo como consecuencia una discapacidad motora, por tanto al ser una niña frágil

hace peligrar hasta desvanecer las esperanzas de su madre provocando en ella un shock ante la decepción que se manifiesta con la discrepancia entre “la hija maravillosa fantasmática” y la hija real que fue en una hija vivida como demandante y asfixiante provocando que esta madre repita el mismo maternaje ambivalente que recibió, sobreprotegiendo y agrediendo a Daniela. Se convirtió en una madre asfixiante que llegó a abandonarse a sí misma “en favor” de su hija, para así también cumplir con su papel de una madre sacrificada, tal y como cada mujer en su familia lo había hecho antes y al mismo tiempo en una madre que “abandona” para verse con un amigo, o maltrata cuando la hija hace algo mal.

Este tipo de maternaje ambivalente con el que Daniela fue criada, la llevaron a tener gran dificultad para separarse de su madre, asumiéndose tal y como su madre la miraba, como una niña frágil incapaz de hacerse cargo de sí misma, y que no podía hacer nada si no estaba con su madre,

El conflicto llega cuando Daniela crece y comienza a experimentar sus primeros impulsos sexuales conscientes, cuando comienza a gustarle un muchacho, y llega a tener con él algunos roces que despiertan su libido. Entonces se resignifica el hecho de dormir con la madre, provocándole asco, la necesidad de separarse de ella, y la necesidad de establecer relaciones a través de internet que era la única ventana hacia el mundo que no era controlada por su madre aunque lo intentara, y estableciendo una fuerte relación con su vecina. Estos intentos permanecían permeados de su ansiedad de separación llegando a asfixiar a las personas con quienes se relacionaba, hasta conseguir que la sacaran de su vida. Llega a ser tan grave la angustia de separación que cuando Daniela intentaba separarse dando algún paso en esa dirección presentaba síntomas físicos que fueron nombrados por el médico como una especie de alergia al medio ambiente pero la cual no logró explicarse mediante ningún fundamento médico.

Tras descartar la posibilidad de que las habilidades mentales de Daniela estuvieran también afectadas, al grado de no poderse efectuar un proceso terapéutico de corte psicoanalítico, se comenzó a trabajar con ella bajo líneas que incluyeron, la aceptación de la discapacidad, lo que le permitió a Daniela valorar de una manera más realista su cuerpo pudiendo separar lo que podía de lo que no podía hacer con él, la

diferenciación de la percepción de su madre y la de ella de sus capacidades, permitiéndole apropiarse de su cuerpo y sus funciones, el proceso de separación con su madre y las dificultades que iban presentándose pues al separarse de ella y establecer relaciones con otras personas, repetía inconscientemente la misma forma de relacionarse.

El trabajo aquí se enfocó en que Daniela pudiera hacer consciencia de esto, otra defensa que se encontró fue la manifestación somática de la “alergia al medio ambiente”, la cual se manifestaba con sensación de asfixia, dolores de cabeza, congestión nasal, lo que se encontró altamente significativo, pues por un lado, entre las dificultades que tuvo Daniela al nacer estuvo la dificultad para respirar, por lo que necesitó estar en incubadora por cinco días, y meses después fue llevada al hospital también por problemas en el sistema respiratorio, este antecedente aunado a la vivencia psicológica de sentirse asfixiada por su madre, y establecer relaciones asfixiantes, dan sentido a que el síntoma incluyera sensación de asfixia, como una reacción arcaica ante la separación y el desamparo.

Se pudieron también ver en Daniela una serie de características correspondientes a un proceso adolescente tardío, ubicado principalmente en la fase puberal a pesar de tener al inicio del tratamiento veinticinco años, y al final veintisiete.

Mediante el trabajo paciente y constante con Daniela, y también un espacio otorgado durante todo el tratamiento a la madre que le permitiera contener su propia angustia, comenzar a retomarse a sí misma, actualizar la forma como miraba a su hija, para que así pudiera reconocer las habilidades que sí tenía se fue logrando que el proceso de separación pudiera llevarse a cabo, desatorando así el desarrollo psicosexual de Daniela permitiéndole avanzar hacia la autonomía.

Logrando que terminara su bachillerato, mejorara la relación con su amiga, y obtuviera un trabajo en el que además logró participar en actividades grupales, se hizo de un grupo de amigas, y comenzó una relación de pareja.

Este trabajo ilustra como la discapacidad motora es una condición que puede dificultar la formación de un vínculo sano entre madre e hija agravando la ya de por sí

natural ambivalencia, al existir una discrepancia mayor que la que normalmente aparece entre la hija maravillosa con la que una madre fantasea y la hija real que nace particularmente debilitada. Lo que además repercute directamente en el desarrollo psicosexual pudiéndose presentar fijaciones que impiden el acceso a las relaciones exogámicas y el logro de la autonomía.

Para la comprensión de este caso fueron particularmente útiles los aportes de Shorn quien explica que la discapacidad propicia en muchos casos una prolongación de la fase de latencia, así como de Bloss y Carvajal que enfatizan que la adolescencia más que ser una etapa cronológica es un estado mental y que transitar por ella hasta llegar a la genitalidad depende en gran medida de los logros de las etapas previas. También fue de gran ayuda la comprensión de la formación de la imagen y del esquema corporal a lo largo del desarrollo tal y como los plantea Doltó y el valioso aporte de Joyce Mcdougall respecto a la aparición de manifestaciones somáticas como mecanismos de defensa ante una angustia que no se puede poner en palabras.

En conclusión, este abordaje terapéutico, aporta a los pacientes que sufren de alguna discapacidad un espacio seguro dónde poder poner en palabras sus deseos y temores. Un espacio para mirarse con sus propios ojos, pensarse a sí mismos y así poder diferenciarse del modo en que hayan sido mirados antes, espacio que también sirve para que puedan apropiarse de su cuerpo y mirarlo con más claridad, aceptando lo que este no puede hacer pero también lo que sí puede hacer, consiguiendo con todo ello avanzar en su desarrollo y encaminarse hacia la autonomía.

Referencias bibliográficas

- Amado, M. (2018) *¿Cuerpos marcados o miradas débiles?* Revista: El hormiguero ISSN 2545-8043 recuperado de: <https://elhormiguero.curza.uncoma.edu.ar/trabajos-escritos/segunda-edicion/trabajos-de-investigacion/cuerpos-marcados-o-miradas-debiles>
- American Psychiatric Association (2013) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.) Arlington, VA.
- Andreu, J. (2002) *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces
- Belloch, A. (2008) *Manual de Psicopatología* Interamericana de España, McGraw Hill
- Bion, W. (1980) *Aprendiendo de la experiencia* Cap. XII (p. 67) Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Blos, P. (1971) *Psicoanálisis de la adolescencia* México, D. F.: Joaquín Mortiz
- Cárcamo, H. (2005) *Hermenéutica y Análisis cualitativo*. Cinta Moebio, N. 23 204-216
- Carvajal, G. (1993) Etapas y Crisis. En *Adolescer: la aventura de una metamorfosis* (p. 46) Bogotá, Colombia: Tiresias.
- Díaz, I. (1998) Principios psicodinámicos. En *Técnica de la entrevista psicodinámica* (p. 22) México, D.F: Paz
- Doltó, F. (1974) El complejo de Edipo. En *Psicoanálisis y pediatría* (p. 99) CDMX, México: Siglo XXI (9ª Reimpresión en español 2013)
- Doltó, F. (1986) *La imagen inconsciente del cuerpo* Barcelona, España: Paidós
- Dután & Salas (2014) *La sobreprotección en la estructuración del vínculo temprano Madre – Hijo* Pontificia Universidad Católica del Ecuador, recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/9466>
- Erikson, E. (2007) *Sociedad y Adolescencia* México, D.F. Siglo XXI
- Fize, M. (2002) Los adolescentes se oponen a los padres y rechazan a los adultos. En *Los adolescentes* (1ª edición en español) (pp. 95 – 101) México, D. F. : Fondo de Cultura Económica
- Freud, S. (2008) Algunas consecuencias de la diferencia anatómica de los sexos. En *Obras Completas* (p. 270) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1925)
- Freud, S. (2008) El Yo y el Ello. En *Obras Completas* (p. 30) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1923)

- Freud, S. (2008) Introducción al Narcisismo. En *Obras Completas* (pp. 87 – 88) Buenos Aires, Argentina: Amorrourtu (Trabajo original publicado en 1914)
- Freud, S. (2008) Proyecto de psicología. En *Obras Completas* (pp. 241 – 370) Buenos Aires, Argentina: Amorrourtu (Trabajo original publicado en 1950)
- Freud, S. (2008) Psicología de las masas. En *Obras Completas* (pp. 99 – 100) Buenos Aires, Argentina: Amorrourtu (Trabajo original publicado en 1950)
- Freud, S. (2008) Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas* (p. 161) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1905)
- Freud, S. (2009) Conferencia 17. El sentido de los síntomas. En *Obras Completas* Buenos Aires, Argentina: Amorrourtu (Trabajo original publicado en 1917)
- Hernández – Sampieri y Mendoza (2008) *Metología de la Investigación* México, D. F.: McGrawHill
- Laplanche, J & Pontalis, J (1996) *Diccionario de psicoanálisis* (p. 20) México, D.F: Paidos
- Larouse (2017) *Diccionario integral de la lengua española* (p. 294), CDMX, México: Larouse
- Leclair, S. (1975) Pierre – Marie, o sobre el niño. En *Matan a un niño* (pp. 9 – 13) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Mahler, M. (1977) La separación – individuación. En “*El nacimiento psicológico del infante humano*” (p. 10) Buenos Aires, Argentina: Marymar
- Mannoni, M. (1982) El trastorno orgánico. En “*El niño retardado y su madre*” (pp. 19 – 22) Buenos Aires, Argentina: Paidos. (Trabajo original publicado en 1964)
- Mcdougall, J. (1991) “*Los teatros del cuerpo*” Madrid, España: Julian Yérbes, S.A. (Trabajo original publicado en 1989)
- Mcdougall, J. (1994) “*Los teatros de la mente*” Madrid, España: Julian Yérbes, S. A.
- Nasio, J. (1996) “*Enseñanza de los siete conceptos cruciales del psicoanálisis*” Barcelona, España: Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (2019) *Sitio web en español*. Consultado en: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Parra, G. (2014) *Plan de intervención para contribuir a una comunicación paterna que favorezca la independencia de adolescentes con discapacidad cognitiva leve* Pontificia Universidad Católica del Ecuador, recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12228>
- Pascual, C. (Ed. Mira, Ruiz y Gallano) (2008) Síntoma. En *Conceptos Freudianos* (p. 187 – 199) Madrid, España: Síntesis

- Schorn, M. (1999) *Discapacidad* (1ª Reimpresión 2002) Buenos Aires, Argentina: Lugar
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código Ético del Psicólogo* (4ª edición)
México: Ed. Trillas
- Tubert, S. (2000) *Un extraño en el espejo* Espapa: Ludus
- Wechsler, D. (2003) *Escala de Inteligencia Weschsler para Adultos (Wais III)* México,
D.F.: Manual Moderno
- Winnicott, D. (1971) *Realidad y Juego* (p. 28 y 148) Barcelona, España: Gedisa.