

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
SEDE QUITO**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:  
PSICÓLOGA**

**TEMA:**

**ANÁLISIS DE LA CONFIGURACIÓN PSICOSEXUAL EN  
ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS CON CAPACIDADES  
DIFERENTES**

(Estudio de caso a realizarse en La Fundación Nuestras Familias - programa de integración "Alas para el Futuro", ubicada en el sector Fajardo de la Parroquia San Pedro de Taboada, del Cantón Rumiñahui).

**AUTORA:**

Adriana Elizabeth Morales Rosero

**TUTORA:**

Psicóloga Rosa Armas

Quito, junio del 2012

## **AUTORÍA**

La información recogida, los conceptos desarrollados, el análisis, las interpretaciones realizadas, las conclusiones y las recomendaciones emitidas en el presente trabajo investigativo, son exclusiva responsabilidad de la autora.

Quito, junio de 2012.

**Adriana Elizabeth Morales Rosero**

## **DEDICADO A**

### **A MI PADRE CELESTIAL**

Que me ha dado la oportunidad de conocer una nueva realidad...

Una realidad, llena de distintos matices;

Enseñándome que se puede hacer de ella un bello arco iris,

Para alegrarnos la vida a muchos.

Y decir hay salida, hay esperanza, si se puede, tan solo con algo de fe, tu ayuda y esfuerzo.

### **A LOS NIÑOS**

Por haberme enseñado que no existen historias escritas, ni finales entredichos,

Por haberme motivado a admirar y amar a más niños,

Por haberme marcado el alma con sencillez, amor y esperanza.

A todos quienes inscriben su vida, su propia historia, con valentía y creatividad;

A pesar de no haber iniciado su relato como todos lo esperaban.

A todos los que creen en el amor y se entregan con libertad y sin límites a la vida.

### **Y SUS PADRES**

Para juntos proveer una herramienta útil, más allá de las prácticas convencionales,

Y llegar a la meta de lograr un desarrollo integral en sus hijos, sin barreras, ni obstáculos, con amor y alegría, reconociendo la más valiosa inspiración de vida.

## **AGRADECIMIENTO**

**A Dios**, al amor y al perdón que me ha inspirado.

**A** todas las personas que formaron parte de mi vida, mientras transformaban la mía.

**A** mis padres que me apoyaron desde el principio y no desfallecieron hasta el final.

**A** Christian y Alejandro por esperar con amor que llegue a la meta.

**A** usted que lee estas líneas y comparte el amor y respeto por los niños.

**Cuando se tiene un hijo, se tiene el mundo dentro  
Y el corazón afuera. Toda la angustia y toda la esperanza;  
La luz y el llanto, a ver cuál es el que nos llega.  
Si el modo de llorar del universo,  
o el modo de alumbrar de las estrellas.**

**Andrés Eloy Blanco.**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCION</b>	i, ii, iii
---------------------	------------

<b>CAPÍTULO 1.</b>	<b>pág.</b>
--------------------	-------------

### **PRESENTACIÓN DEL PLAN**

1.1. Tema de investigación.....	1
1.2. Contexto de estudio.....	1
1.3. Planteamiento del problema.....	2
1.4. Justificación.....	4
1.5. Objetivos.....	5

### **CAPÍTULO II**

#### **LA ADOLESCENCIA**

2.1. La adolescencia.....	6
2.2. La adolescencia con capacidades diferentes.....	13
2.2.1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad.....	18
2.2.2. Tendencia grupal.....	24
2.2.3. Necesidad de intelectualizar y fantasear.....	27
2.2.4. Crisis religiosa.....	28
2.2.5. La desubicación temporal.....	29
2.2.6. La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la Heterosexualidad.....	30
2.2.7. Actitud social reivindicatoria. ....	33
2.2.8. Separación progresiva de los padres. ....	35
2.2.9. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo...	36
2.2.10. Duelos. ....	37
2.2.10.1 El trabajo de duelo.....	39
2.2.10.2 Pasos de duelo .....	40

### **CAPÍTULO III**

#### **LA DISCAPACIDAD Y CAPACIDADES DIFERENTES EN LA ADOLESCENCIA.**

3.1. Criterios diagnóstico.....	47
3.1.1. Retardo Mental.....	50
3.1.2. Parálisis Cerebral.....	54
3.1.3. Síndrome de Down. ....	56
3.2. Política Social en el Ecuador. ....	57
3.2.1. De acuerdo al Código de la Niñez y la Adolescencia.....	58
3.2.1.1. Derechos de supervivencia.....	59
3.2.2.2. Derechos relacionados con el desarrollo.....	59
3.2.2.3. Derechos de protección. ....	60
3.2.2.4. Derechos de participación.....	61
3.2.2.5. Deberes de las niñas, niños y adolescentes.....	62
3.2.2. Ley sobre discapacidades n° 180 en el Ecuador.....	62

### **CAPÍTULO IV**

#### **CONFIGURACIÓN PSICOSEXUAL EN ADOLESCENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES.**

4.1. El aparato psíquico.....	67
4.2. Estructuración psicosexual.....	70
4.3. Los primeros vínculos.....	81
4.4. Desarrollo yoico. ....	87
4.5. La identificación y el proceso identificatorio. ....	92
4.6. La organización familiar e institución escolar.....	96

## **CAPÍTULO V:**

### **EXPERIENCIA CONCRETA DE LA INVESTIGACIÓN**

5.1. Metodología. ....	107
5.2. Delimitación espacial y temporal. ....	108
5.3. Población y muestra. ....	109
5.4. Hipótesis. ....	109
5.5. Variables e indicadores. ....	110
5.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. ....	111
5.7. Análisis de la observación participante de la Institución Escolar.....	113
5.8. Análisis del taller.....	114
5.9. Análisis de casos. ....	115
5.9.1. Historias clínicas. ....	116
5.9. 1.1. Caso 1.....	117
5.9. 1.2. Caso 2.....	123
5.9. 1.3. Caso 3.....	132
5.9. 1.4. Caso 4.....	141
5.10. Análisis de resultados de test proyectivos evaluados.....	150
5.11. Síntesis de la correlación de resultados.....	155
5.12. Síntesis de análisis de casos.....	157

## **CAPÍTULO VI:**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1. Conclusiones.....	163
6.2. Recomendaciones.....	169

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**



## INTRODUCCIÓN

Hablar de psicosexualidad y capacidades diferentes nos ubica en el terreno del prejuicio y del tabú. Estas palabras como la muerte y la locura, nos colocan frente a lo que no se quiere hablar, como si al no nombrarlas dejaran de existir.

Recordemos las personas con discapacidad a lo largo del tiempo fueron consideradas “no aptas” para el modelo social de las distintas épocas y eran marginados. Fue necesario que pasara mucho tiempo para que una nueva mirada cambiara y rescatara a estas personas por su propia condición y referirnos a ellos como personas con capacidades diferentes. A partir de 1970, donde se observa mayor aceptación y preocupación por sus necesidades e intereses. A nivel mundial se crearon organismos para informar sobre sus derechos, aparecen profesionales que se especializan en el tema, desde la educación especial, psicólogos, docentes y psico-rehabilitadores. Así como aparecen leyes al respecto de sus derechos y obligaciones por parte del Estado. En este recorrido vemos como el “diferente”, el que no deseaba ser y se lo ocultaba, empieza a formar parte de la comunidad en todas sus áreas. Hoy nos encontramos entrelazados por más aceptación, respeto, comprensión y afecto, luchando por la equiparación de oportunidades y la no marginación. Y brindando alternativas desde lo asistencial, educacional, laboral, recreativo y social.

Considerando a las capacidades diferentes como la posibilidad en una persona de aprender y relacionarse con el mundo de diferentes maneras a las convencionales como una expresión de la misma humanidad. Es la complementariedad lo que permite enriquecernos, desde este enfoque tomamos a la persona con capacidades diferentes, como un ser sexuado con derecho a vivir su sexualidad de acuerdo a su condición y posibilidades, como un ser que dentro del marco de su libertad, del afecto, del amor y del respeto a la intimidad, debe recibir una adecuada información al respecto.

En la actualidad no contamos con amplia bibliografía al respecto sobre el tema de psicosexualidad de personas con capacidades diferentes, En nuestro país sucede que sigue siendo un tabú. Para poder comprender la psicosexualidad de personas con capacidades diferentes es necesario desmitificar el tema, con información adecuada.

En primer lugar todos somos **seres sexuados** desde que nacemos hasta que morimos. No existen diferentes sexualidades, es una sola: es la sexualidad humana y tiene manifestaciones particulares según las etapas de la vida por las que una persona se encuentre. La configuración psicosexual en adolescentes con capacidades diferentes es un continuar psíquico desde el deseo de los padres, gestación, primer año de vida, primera infancia, infancia intermedia, pubertad y adolescencia. De donde se incorporaran los elementos para la constitución del aparato psíquico y su estructuración.

El capítulo 1 trata la *presentación del plan de investigación* sobre al análisis de la configuración psicosexual en adolescentes de 12 a 15 años con capacidades diferentes, su contexto de estudio, planteamiento del problema y justificación, así como el objetivo general y objetivos específicos de la tesis.

En el capítulo 2 se observa *la adolescencia* desde una concepción biopsico-social y se la aborda bajo la mirada psicoanalítica, profundizando la dinámica psicosexual adolescente con capacidades diferentes.

En el capítulo 3 se expone la concepción de *la discapacidad y capacidades diferentes en la adolescencia*, sus criterios diagnósticos y política social del país al respecto de esta realidad.

En el capítulo 4 se trabaja en *la configuración psicosexual de los adolescentes con capacidades diferentes*, teorizando ciertas vicisitudes en la estructuración psíquica de personas con capacidades diferentes en todas las etapas de desarrollo psicosexual, la misma que por la dinámica familiar, temores y angustias que se movilizan, no posibilitan el movimiento de energía libidinal para su estructuración psíquica en categoría de sujetos.

En el capítulo 5 el *marco metodológico* posibilita el análisis de los elementos psíquicos que se movilizan en la estructuración psicosexual de los casos adolescentes con capacidades diferentes estudiados o muestra poblacional de la investigación; desarrollando una aproximación teórico – práctica, donde lo teórico se demuestra en la experiencia concreta y la experiencia concreta comprueba lo teórico. Así la síntesis de los análisis de casos tiene total correlación con las aportaciones teóricas elaboradas.

En el capítulo 6 se eleva a manera de *conclusiones y recomendaciones* todo el trabajo investigativo, sobre las particularidades de la configuración psíquica en niños - adolescentes con capacidades diferentes y sus posibilidades de abordaje, al respecto de la problemática vincular, fijaciones psicosexuales, duelos patológicos, asesoramiento familiar y acompañamiento terapéutico desde la clínica psicoanalítica.

Considero importante aclarar que previo al logro del desarrollo teórico - práctico muy poco se obtuvo de estudios desarrollados sobre el tema, es por eso que lo teórico aquí presentado es gran parte elaboración de la autora.

## **CAPITULO I**

### **PRESENTACIÓN DEL PLAN**

#### **1.1.TEMA DE INVESTIGACIÓN**

##### **ANÁLISIS DE LA CONFIGURACIÓN PSICOSEXUAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS, CON CAPACIDADES DIFERENTES.**

(Estudio de caso a realizarse en La Fundación Nuestras Familias - programa de integración “Alas para el Futuro”, ubicada en el sector Fajardo de la Parroquia San Pedro de Taboada, del Cantón Rumiñahui).

#### **1.2. CONTEXTO DE ESTUDIO**

La Fundación Nuestras Familias Zoila Rosa Corredores, es una institución legal, sin fines de lucro creada por acuerdo ministerial No 3597 del Ministerio de Educación y Cultura con fecha 12 de julio de 1993 y publicada en el Registro Oficial No 245 el 2 de agosto del mismo año.

Está conformada por socios, todos ellos padres de niños con capacidades diferentes. La Constitución de nuestro País, establece el derecho de todos los ciudadanos a educarse en un marco de igualdad. La Ley de Educación contempla la inclusión de los niños y niñas con necesidades educativas especiales en los establecimientos regulares fiscales y particulares del país. Con estas bases ésta organización ha implementado el Programa de Integración Educativa denominado “Alas para el Futuro”.

La Fundación Nuestras Familias desarrolla el Programa de Integración Educativa “Alas para el Futuro”, en la Escuela Fiscal Rural “Dr. Fabián Jaramillo Dávila” en el sector Fajardo de la Parroquia San Pedro de Taboada, del Cantón Rumiñahui en donde se incluye a un grupo de niños y niñas con algún síndrome de desarrollo y retraso mental..

El objetivo del programa de inclusión escolar es promover un espacio de aprendizaje que estimule el desarrollo de las capacidades intelectuales y sociales de los niños con capacidades diferentes; proporcionándoles la oportunidad de acceder a la educación regular.

### **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En general se concibe la psico-sexualidad a los afectos, emociones, interrelaciones, conductas, es decir el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social. A veces se confunde la psico-sexualidad, con sexo o prácticas sexuales; así el problema de la sexualidad en estudiantes con capacidades diferentes es su enfoque en la cotidianidad; siendo así un tema mitificado y hasta temido, lo que preocupa a maestros, padres y a quienes desean desarrollar medidas preventivas y de promoción de salud mental respecto al desarrollo psicosexual, en adolescentes con capacidades diferentes.

El expresar, comunicar y aún entender las necesidades psico-sexuales es un derecho básico de cada ser humano, tiene su sello personal de hacerlo de acuerdo a sus cualidades y ambiente. Por lo tanto el interés de analizar la psico-sexualidad en estudiantes con necesidades educativas diferentes proviene de la curiosidad por saber cómo se perciben y viven sus impulsos físicos, afectividad e identidad; en base a la experiencia obtenida dentro de esta institución, es necesario profundizar en temas de psico-sexualidad, considerando la familia y escuela.

Desde un enfoque psicoanalítico la configuración psicosexual refiere a la estructura del vínculo en la relación con los otros, a la relación con el otro género en la genitalidad, a la manifestación de lo erótico y el significado del cuerpo; expresiones afectivas y las proximidades; es decir el desarrollo personal.

Para orientar mejor esta investigación nos cuestionamos también sobre lo institucional: entretejido social (ritos, mitos, ideología), la regulación social, control de espacios y límites sobre la vida de las personas con discapacidad; alrededor de la psicosexualidad del adolescente con capacidades diferentes se realizará esta tesis a la luz de la visión psicoanalítica; preguntándonos lo siguiente:

¿Cómo se establece la configuración psicosexual en adolescentes de 12 a 15 años con capacidades diferentes pertenecientes a la Fundación Nuestras Familias en el año 2011? y ¿Cómo influye la organización familiar y la institución escolar en la estructuración yoica de estos chicos?

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN:**

Considerando a la sexualidad como un aspecto bio-psico-social, inherente al ser humano, a la vez ignorado en el trabajo con los adolescentes con capacidades diferentes de la Fundación Nuestras Familias, es necesario hacer un estudio profundo sobre la dinámica de la psicosexualidad en estos adolescentes.

La intención del análisis es comprender la realidad bio-psico-social de los niños con capacidades diferentes y proveer herramientas para una futura intervención clínica en temas de psico-sexualidad y de esta forma aportar al programa de integración escolar, promoviendo un espacio de aprendizaje significativo que estimule el desarrollo de las capacidades intelectuales, psicológicas y sociales de cada niña con capacidades diferentes, aumentando su adaptación, autonomía y desempeño.

De esta manera aportar al campo clínico en el trabajo con niños, padres y maestros que interactúan con estudiantes con capacidades diferentes, y promover el descenso de mitos y angustias alrededor de la sexualidad de éstos. La importancia teórica está enmarcada a considerar la psico-sexualidad humana en estudiantes con capacidades diferentes como una respuesta a una problemática, por su mitificación y descuido, como una realidad cultural y social, naturalizada en nuestro medio.

Además, profundizar en el abordaje psicoanalítico es de suma importancia ya que permitirá contribuir al desarrollo de estrategias de intervención en prevención y promoción de Salud Mental a las familias con estudiantes de capacidades diferentes que acuden a la Fundación en busca de apoyo. Por ello, la temática planteada tiene una relevancia social que responde a una problemática actual y que está encaminada a un trabajo de gran aporte teórico.

## **1.5.OBJETIVOS.**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar la configuración de la psicosexualidad en adolescentes de 12 a 15 años con capacidades diferentes pertenecientes a la Fundación Nuestras Familias en el año 2011.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer la influencia de la organización familiar e institución escolar en la estructuración yóica de estos chicos.
2. Determinar la relación de la configuración psicosexual y la expresión de la afectividad de la población a estudiar.
3. Posibilitar la apertura de espacios para la prevención y promoción de la salud mental de los adolescentes de 12 a 15 años con capacidades diferentes.



## **CAPITULO II**

### **LA ADOLESCENCIA**

La etapa o período por el que deben de transitar todos los seres humanos en edades tempranas de sus vidas, se denomina “adolescencia” significando un período de conmoción que oscila entre lo normal y lo patológico, pero como dice Ana Freud, esta conmoción debe ser considerada como “normal”, señalando además que sería “anormal” la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente.

Sobre esta base, y teniendo en cuenta el criterio evolutivo de la psicología, es que podemos aceptar que la adolescencia más que una etapa estabilizada es un proceso y un desarrollo; dentro del cual se van a producir innumerables cambios en el adolescente.

El psicoanálisis enfoca a la Adolescencia como un continuar psíquico desde la niñez temprana, interrumpido por la latencia, que se activa con las manifestaciones físicas de la pubertad; y que constituye una nueva organización para el yo en torno a todos los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de pubertad, principalmente existe como base de este proceso una característica propia del proceso adolescente en sí, una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de si mismo y lo lleva a abandonar su auto imagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez.

La adolescencia está principalmente caracterizada por cambios físicos que ocurren en sus propios cuerpos y que se reflejan en todas las facetas de la conducta, también en una forma más sutil y en un nivel inconsciente, en su conducta social y en la

cualidad de su vida afectiva. Sin embargo las disposiciones existentes antes de la pubertad afectaran el resultado final.

En los adolescentes existe un ritmo de cambios fisiológicos variable que es parte de la pauta de crecimiento individual, es el estadio de la maduración genital.

Desde el punto de vista fisiológico, la adolescencia se equipara al estadio fetal y los dos primeros años de vida, en el apresurado ritmo de los cambios biológicos. Sin embargo discrepa en que los adolescentes tienen el dolor y el placer de observar todo el proceso; se contemplan con sentimientos entremezclados de fascinación, gozo y horror. Ambos sexos supervisan ansiosamente su crecimiento.

El inicio de este proceso coincide con la pubertad, fenómeno más universal basado en la llegada de la madurez sexual, (en las mujeres, la primera menstruación, y en los varones la primera eyaculación), se la entiende como el proceso de cambios físicos que transforma el cuerpo infantil en cuerpo adulto, durante la segunda década de la vida humana. El inicio de estos cambios da lugar a la adolescencia. A lo largo de la adolescencia, el niño o niña realizarán una serie de adaptaciones psicológicas y sociológicas.

En general los cambios están precedidos por el aumento de grasa corporal; tanto en los hombres como en las mujeres se deposita en la zona pectoral. A esto sigue un aumento de estatura, huesos y músculos aumentan de tamaño disparados por las hormonas. En el curso del estirón los niños suelen perder casi toda la grasa adicional y las niñas tienden a conservarla y distribuirla en distintas partes. La cabeza ha dejado de crecer. En seguida manos y pies alcanzan la talla adulta, luego hay aumento de brazos y piernas. Otro cambio es el aumento de glándulas sebáceas de la piel y sudoríparas.

Todos estos cambios están controlados por hormonas, que son sustancias bioquímicas secretadas por glándulas endocrinas, en particular, y produce un aumento de la secreción de hormonas sexuales; andrógenos en los varones siendo la más importante la testosterona. Y estrógenos en las chicas, con la progesterona; que llevadas por la sangre actúan como estimulante o acelerador de ciertos órganos.

Estos cambios son absolutamente normales y forman parte del crecimiento y desarrollo tanto del hombre como de la mujer.

El cuerpo humano está formado por millones de células. Sin embargo, las células que forman las glándulas endócrinas tienen una particularidad respecto de otras: producen hormonas.

Por lo tanto, las hormonas son secreciones o sustancias producidas por las células de glándulas endocrinas. Estas secreciones o sustancias, es decir las hormonas, pasan a otras partes del cuerpo humano a través de la sangre para cumplir funciones o tareas muy específicas. Las hormonas actúan en muy pequeña cantidad y pueden tener como función o tarea regular el crecimiento de otras células del cuerpo o bien estimular a células de otras glándulas endocrinas con el fin de que secreten o produzcan sus propias sustancias.

Desde el momento que nacen, los seres humanos ya tienen su sistema de reproducción formado pero no totalmente desarrollado. Los sistemas de reproducción del hombre y de la mujer son glándulas endocrinas y, en consecuencia, las células que forman algunas partes de los testículos y ovarios producen hormonas. A éstas se les llaman hormonas sexuales. Los testículos de los hombres producen hormonas andrógenas y los ovarios de las mujeres producen hormonas estrógenas.

Pero existe otra glándula endócrina importante. Se trata de la hipófisis. Su tamaño no supera al de un fréjol y está ubicada en la base del cráneo. Las células de esta glándula endócrina producen importantes hormonas para la vida del ser humano. Entre esas están:

- 1.- La hormona que permite el crecimiento.
  
- 2.- La hormona estimulante folicular o gonadotrofina, cuya tarea o función es provocar en la mujer la formación del folículo de De Graf del ovario, a partir del cual se produce la ovulación, y de los ductos o túbulos seminíferos del testículo en el hombre, en los que se producen los espermatozoides.
  
- 3.- La hormona luteinizante, que regula la producción y liberación de estrógenos y progesterona por el ovario y de testosterona por el testículo.
  
- 4.- La hormona prolactina que mantiene la secreción de estrógenos y progesterona por el ovario, estimula la producción de leche e influye en lo que se define como instinto materno.

Así como los testículos y los ovarios tienen una gran importancia en la producción de hormonas sexuales, la hipófisis también la tiene, ya que la producción de sus hormonas resulta indispensable en la reproducción de los seres humanos.

Ubicado sobre la hipófisis se encuentra el hipotálamo. Podría decirse que el hipotálamo es un mecanismo o la llave de paso que regula y/o dosifica una serie de funciones en el cuerpo humano. En el caso específico de la hipófisis le regula y dosifica su producción de hormona estimulante folicular, ya antes mencionada y también llamada gonadotrofina, y cuya importancia se ha detallado.

Hasta los 12 años en el hombre y los 10 en la mujer, la cantidad de hormonas sexuales en la sangre es muy pequeña. Este bajo nivel de hormonas sexuales hace que el hipotálamo, en nuestros primeros años de vida, limite en la hipófisis la producción de hormona gonadotrofina a una cantidad mínima. Al mantenerse bajo el nivel de gonadotrofina los testículos y ovarios también liberan muy poca cantidad de hormonas sexuales. Por así decirlo, este equilibrio es mantenido en forma natural mientras se desarrollan las diversas partes del cuerpo humano.

Pero la naturaleza ha dispuesto un límite para ese equilibrio. Y ese límite está determinado por una específica edad en el hombre y en la mujer. También podría decirse que el hipotálamo cumple su función de no alterar ese equilibrio solamente hasta cierta cantidad de años.

Así, a partir de los 12 años en el hombre y 10 en la mujer, el hipotálamo sufre una alteración y ajusta su control de la hipófisis, estimulándola a partir de ese momento a que produzca mayor cantidad de gonadotrofina. Entonces aumenta en la sangre el nivel de esta trascendental hormona. Automáticamente comienzan a crecer los testículos en el hombre y los ovarios en la mujer predisponiéndola a su primera menstruación.

El crecimiento de testículos y ovarios estimulado por la gonadotrofina implica, a su vez, una mayor cantidad de células en el sistema de reproducción del hombre y la mujer, lo que significará que ahora más células producirán hormonas sexuales que continuarán estimulando la producción de gonadotrofina. Es este un nuevo equilibrio donde las hormonas de un tipo estimularán a las de otro tipo en un perfecto y sincronizado circuito. Es, también, cuando ya está en marcha la madurez sexual. Así se inicia la pubertad que, como se ha señalado en una respuesta anterior, es la etapa de la vida en que el hombre y la mujer comienzan a tener la capacidad de procrear o reproducirse. Vienen también los cambios físicos que se han detallado y que hacen perceptible y visible que se ha dejado el período infantil y ya se es hombre o mujer con las condiciones para procrear.

Los cambios físicos bruscos que padece el adolescente en la pubertad son el primer reto de adaptación, en poco tiempo cambia todo en su cuerpo y rostro; ve crecer su nariz, el bello; empieza a estirarse, aparecen caracteres sexuales hasta ahora desconocidos.

Por fuerza, hay **cambios psicosociales**; no deja de observarse y compararse con los demás, en especial con los estereotipos de moda. Como consecuencia se suman en la inseguridad que les produce el tener que encontrarse, reconocerse y aceptarse. Es un momento en el que son especialmente sensibles a cualquier tipo de crítica o ironía en relación a su aspecto físico, más bien requieren mensajes de aceptación, aprecio y respeto.

El adolescente vive dentro de un grupo de amigos que están cronológicamente al mismo nivel, pero que varía mucho en intereses. Esta condición es la responsable de muchas formas imitativas y de conducta esperadas y proteger la compatibilidad social con el grupo de compañeros al que pertenece.

Se espera comúnmente que el individuo en la adultez pueda asumir una independencia, dirigirse hacia roles y metas de acuerdo a sus habilidades y posibilidades ambientales. Por eso el adolescente trata de adoptar actitudes y pautas de comportamiento adecuadas para ser reconocido en el mundo de los adultos; sin embargo oscila con conductas infantiles e irresponsables; en un proceso de maduración social, puesto que logrará al final de la adolescencia, incorporar relaciones sociales y sus esquemas, comprendiendo el orden, la autoridad y la ley.

De inicio sus relaciones son un medio de referencia para conocerse a sí mismo, paulatinamente desarrolla un verdadero interés por su valor personal; incluyendo la acción solidaria; como una forma de lograr satisfacción y ser importante en su medio, posibilitado por los nuevos sentimientos altruistas, generalmente esta

capacidad social se desarrolla con otros jóvenes de ideas comunes, como los movimientos juveniles, donde el adolescente puede sentirse identificado.

A la vez que ocurren cambios fisiológicos y sociales, las **habilidades cognoscitivas** también se transforman. Ocurre un aumento en la capacidad y el modo de pensar que ensancha la consciencia, la imaginación el juicio y discernimiento. Estas habilidades conllevan aumento de conocimiento, en particular el desarrollo cognoscitivo está basado por un pensamiento abstracto creciente y el uso de habilidades metacognoscitivas.

De acuerdo a Piaget, el pensamiento abstracto se denomina operaciones formales; esta forma de procesamiento es abstracta, especulativa y libre del medio inmediato y las circunstancias. Consiste en pensar acerca de las posibilidades así como en comparar la realidad con cosas que no pueden ser. Y requiere de la capacidad de formular probar y valorar hipótesis.

Realizan un examen del mundo y la familia, con la habilidad para entender situaciones contrafactuales, afectando la relación entre padres e hijos. Los adolescentes comparan a sus padres reales con los ideales a diario. A menudo se muestran críticos de las instituciones, incluyendo a la familia y a sus progenitores. Por tanto las riñas familiares se agravan; las batallas libradas son actividades cotidianas - los quehaceres, la ropa, las tareas escolares, las comidas familiares y las salidas-con el propósito de probar su independencia en la seguridad del hogar sobre asuntos relativamente menores. Y la negociación se ha convertido en la modalidad para tratar con ellos. El joven ha de ganar más independencia para su vida, y los padres tienen que aprender a ver a sus hijos como a iguales. Con el derecho a una opinión diferente.

Otro aspecto del pensamiento formal es la preocupación por los asuntos morales, sociales y políticos; comenzando a elaborar conceptos globales de la sociedad.

Además se desarrolla la habilidad para analizar los propios pensamientos y los de los demás. Esta habilidad combinada con la preocupación por su propia metamorfosis, conduce a un peculiar egocentrismo, suelen asumir que los demás están tan ensimismados o fascinados consigo mismos como ellos lo están.

No distinguen fácilmente los pensamientos de otros, están absortos en los suyos propios, creyendo que sus emociones son únicas y que nadie ha sentido tanto dolor o éxtasis; tampoco distinguen entre sus propios intereses y los de otros, y saltan a conclusiones duras sobre las acciones de quienes los rodean, pues presuponen que los otros serán así mismo, tan críticos o entusiastas con ellos; y por lo tanto les preocupa que otros descubran sus fallas.

Como parte de ese egocentrismo, creen que son tan especiales que deben estar exentos de las leyes de la naturaleza y vivirán para siempre. Ese sentimiento de invulnerabilidad e inmortalidad pasa a ser el fundamento de conductas riesgosas.

## **2.1. LA ADOLESCENCIA CON CAPACIDADES DIFERENTES**

Muchos son los psicoanalistas que en los últimos años han abordado este momento de la vida: la adolescencia. Se ha pensado, reflexionado y escrito sobre ello, considerando que una vez establecido el aparato psíquico hay un continuar psíquico, el período infantil y de la adolescencia; los mismos que son una preparación a la madurez y momentos cruciales.

ARMINDA ABERASTURY en su tratado sobre Adolescencia, escrito en 1970, donde en el prólogo escribe:



“La problemática adolescente sólo puede estudiarse en su interrelación con el medio familiar y social. Los jóvenes han impuesto a la conciencia del adulto la necesidad de mayor comprensión, abandonando de esta manera la cómoda definición anterior de “edad difícil”... La literatura psicoanalítica sobre adolescencia fue hasta la década del sesenta, de una gran pobreza sobre todo si se la compara con la profusión de trabajos sobre infancia y adultez. El rechazo a tratar adolescentes y la dificultad del analista de adultos para detenerse en la reconstrucción de la adolescencia de sus pacientes corría paralelamente a las dificultades y rechazo de la sociedad hacia los jóvenes...

Actualmente, desde todos los campos de estudio el hombre, se intenta terminar con esta incapacidad, comprendiendo las modificaciones profundas que ha sufrido el mundo y su influencia sobre la relación de los jóvenes con la sociedad adulta... Es cierto que el análisis de los jóvenes presenta problemas pero de ninguna manera es inaccesible”<sup>1</sup>

Interesantes apreciaciones, porque ya actualmente nadie en el campo de la psicología considera difícil o inabordable el poder trabajar o entender a los jóvenes. Más aún la modernidad se halla más centrada en sus intereses y sus necesidades, es decir el foco de atención es la adolescencia y sus vicisitudes.

Pero en lo que respecta a la adolescencia de la persona con capacidades diferentes, poco se ha profundizado y estudiado sobre ésta. Hay avances en lo que respecta a la infancia de niños con discapacidad, reconociendo cuestiones como: fantasías y duelos de los padres por el hijo, la estimulación temprana, integración familiar, escolar y social, su educación y reeducación.

Pero es imprescindible dar cuenta de ese niño con capacidades diferentes que ha crecido y ya no es ese “eterno niño”. El adolescente con capacidades diferentes debe

---

<sup>1</sup> ABERASTURY, A.: *Adolescencia*. Kargieman Ediciones, Buenos Aires (1971).

tener todo en común con la adolescencia en general, pero tiene ciertas especificidades psicológicas, adjuntas a la ambivalencia y resistencia de los padres para aceptar estos procesos de crecimiento. Atravesar toda una serie de trabajos simbólicos para un despliegue a la creatividad, el logro de una identidad y el pasaje a la adultez.

De acuerdo a Aberastury el adolescente, se ubica entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo, atraviesa el síndrome normal de la adolescencia, caracterizado por inestabilidad y desequilibrio extremos; lo que es perturbador para el mundo adulto; pero necesario para el adolescente que va a establecer su identidad; que es un objetivo fundamental de este momento vital, apoyándose en las primeras relaciones objétales parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a su estabilidad de la personalidad, que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil.

Según Ana Freud, esta conmoción debe ser considerada como “normal”, señalando además que sería “anormal” la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente.

El concepto de normalidad no es fácil de establecer ya que en general varía en relación con el medio socioeconómico, político, cultural. Ana Freud indica que “es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia y considera en realidad a toda conmoción de este período de la vida como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente”<sup>2</sup>.

La normalidad se establece sobre pautas de adaptación al medio, sugiriendo que la persona es capaz de utilizar sus recursos para satisfacer sus necesidades básicas y

---

<sup>2</sup> ABERASTURY, Arminda. KNOBEL, Mauricio, *la adolescencia normal*, Editorial Paidós, Buenos Aires. Barcelona – México, 1997, p. 41 tomado e de R. Eissler y otros: *adolescence, the psychoanalytic study of the child*. Nueva York, Internacional University Press, XIII, 1958.

responder a los estímulos con una interacción permanente, que busca modificar lo displacentero e inútil, a través de sustituciones útiles para sí y la comunidad, por su puesto la personalidad bien integrada no es la mejor adaptada, pero si la que hace uso de sus habilidades para acordar un equilibrio entre su organismo y el medio, y tiene la suficiente fuerza para postergar una necesidad si no es aceptada socialmente y desarrollarla en el momento oportuno. Es decir modifica sus necesidades de acuerdo a elementos circunstanciales.

En el sentido de adaptación e integración, la personalidad se ubica al borde o margen durante una etapa de transición como es el caso de la adolescencia, el adolescente recurre normalmente a manejos psicopáticos de actuación que definen su conducta, obligado por los duelos que atraviesa.

En este caso lo anormal sería un equilibrio estable. Lo mismo que se relaciona al criterio evolutivo en que adolescencia es más que una etapa estabilizada; es proceso y desarrollo. Dentro de la situación los padres viven también sus duelos por los hijos; es decir que los cumplen tanto los padres como los hijos; por el cuerpo del hijo pequeño, por su identidad de niño y por su relación de dependencia infantil. La rebeldía y el enfrentamiento son más dolorosos si el adulto no tiene consciente sus problemas frente al adolescente. También los padres tienen que desprenderse del hijo niño y evolucionar hacia una nueva relación con el hijo adulto, lo que impone muchas renunciaciones de su parte.

En doble vía es el conflicto tanto para los padres que muestran ambivalencia y resistencia para aceptar el proceso de crecimiento, como para el hijo adolescente que demuestra desprecio hacia el adulto como defensa para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de las partes infantiles (el cuerpo, el rol, los padres).

Ese dolor y ese sentimiento de desamparo al desidealizar a las figuras parentales, al perder su cuerpo y rol infantil; no perciben los padres; ellos lo miran como muestra

pura de rebeldía y desprecio, y eso los desespera, los encierra en una conducta de resentimiento y de refuerzo de autoridad; no logran mirar el trasfondo de la crisis.

Pues el adolescente requiere tener junto a sus padres para la superación de la crisis, para rechazarlos y necesitarlos a la vez; en el sentido que exterioriza sus conflictos, que durante el duelo pueden tener actuaciones defensivas de tipo psicopático, esquizoide, maniaco y fóbico.

La superación de este síndrome se deberá a los procesos de identificación y de duelo que haya podido realizar el adolescente, en la medida que los haya podido realizar el adolescente, verá su mundo fortificado y ésta normal anormalidad será menos perturbadora.

Los cambios corporales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios (rol femenino y masculino en la unión y procreación) son el punto de partida de los cambios psicológicos y de la adaptación social; las perturbaciones y momentos de crisis durante la adolescencia suscitan por los cambios corporales y los imperativos del Medio Externo, que exigen al adolescente, nuevas pautas de convivencia. Así el adolescente recurre a comportamientos defensivos, para retener muchos de sus logros infantiles y alcanzar su nuevo estatus, también se refugia en su Mundo Interno, para reconectarse con su pasado y proyectarse al futuro.

Pierden su identidad de niño y buscan una nueva identidad, eligiendo a figuras adultas ideales, rechazando a quienes no quieren parecerse; los estímulos para su nueva identidad son buenos imagos paternos del mundo interno, que ayudan a elaborar la crisis adolescente, que requiere tiempo. Es decir incluye el cuerpo, la mente y las relaciones objeto – infantiles.

Sólo cuando es capaz de aceptar simultáneamente los dos aspectos, el de niño y el de adulto, puede empezar a aceptar en forma fluctuante los cambios de su cuerpo y comienza a surgir una nueva identidad.

Al tiempo que se desarrollan físicamente, las relaciones del adolescente sufren notables cambios, algunos son producto de la lucha del muchacho por una mayor independencia; lo que en general causa tensiones familiares; sobre todo durante las primeras etapas de la adolescencia. Los jóvenes presionan contra los límites establecidos por los padres y éstos a su vez, conceden mayor autonomía sólo a regañadientes y con preocupación.

El desvelo de los padres por la maduración de sus hijos suele estar compuesto por otras inquietudes, así como los adolescentes están preocupados por su apariencia, los padres se atribulan por su envejecimiento.

El síndrome normal de la adolescencia manifiesta una sintomatología específica; la misma que mantiene una dinámica distinta en los adolescentes con capacidades diferentes desde las relaciones de objeto infantiles que se han establecido en ellos, los imagos paternos del mundo interno con sus peculiaridades, imagen inconsciente de su cuerpo, en medio de la falta de identidad infantil y red identificatoria clara. Que imposibilita un despliegue de la normal sintomatología de la adolescencia, dificultándose su transitar por ésta, así su definición de identidad. Los síntomas son los siguientes:

### **2.1.1.- Búsqueda de sí mismo y de la identidad<sup>3</sup>**

La identidad es una característica de cada momento evolutivo Erickson la denomina entidad yoica; Nixon la denomina autocognición, que es un proceso biológico y se

---

<sup>3</sup> Identidad: concepto claro y nítido de uno mismo

relaciona con el concepto de sí mismo o “self”<sup>4</sup>. Al final de la adolescencia habría un conocimiento del sí mismo como entidad biológica en el mundo, el todo biopsicosocial.

La representación mental de la realidad del sujeto de su propio cuerpo suscita desde la disociación<sup>5</sup>, proyección<sup>6</sup>, introyección<sup>7</sup>; los que son los procesos fundamentales para la construcción de objetos internos y externos; para el conocimiento del self y del Medio Interno y Medio Externo.

Los procesos de identificación que se han ido llevando a cabo en la infancia mediante la incorporación de imágenes parentales buenas y malas, son los que permitirán una mejor elaboración de las situaciones cambiantes, que se hacen difíciles en la adolescencia. El proceso de duelo necesita tiempo para ser elaborado y no tener las características de una actuación de tipo maníaco o psicopático, lo que explica que el verdadero proceso de entrar y salir de la adolescencia sea tan largo y no siempre logrado. La búsqueda incesante de saber que identidad adulta se va a constituir, y la fuerza para la superación de duelos se obtiene de las primeras figuras introyectadas que forman la base del yo y del superyó, de este mundo interno del ser.

En el adolescente con capacidades diferentes, las imágenes parentales incorporadas malas son más, formando la base de un yo y un superyó ambiguo; careciendo de ayuda en la elaboración de cambios y sin posibilitar la capacidad para abordar duelos, y sin referentes parentales estructurantes que posibiliten el ingreso a los cambios adolescentes, y, en pocos casos la salida a estos.

---

<sup>4</sup> Self: es el conocimiento de la individualidad biológica y social, del ser psicofísico en su mundo circundante que tiene características especiales en cada edad evolutiva. Símbolo que uno posee de su propio organismo.

<sup>5</sup> Disociación o escisión, es la respuesta del yo frente a la angustia persecutoria y facultad de partirse en dos o varios pedazos, permite que se efectúe la división bueno-malo, de los objetos internos y externos.

<sup>6</sup> La proyección aparece ligada a la pulsión de muerte, cuya amenaza de destrucción interna se expulsa fuera del sujeto. Esta proyección de agresión y libido permite que se constituyan los aspectos parciales.

<sup>7</sup> La introyección es un mecanismo esencial para la constitución del psiquismo, pues es por introyección de los primeros objetos que se construyen los objetos internos. Permite la formación del yo y superyó.

Aberastury señala, quien destaca ese mundo interno, posibilita una buena conexión exterior, una huida defensiva en la cual el adolescente “mantiene y refuerza su relación con los objetos internos y elude los externos”<sup>8</sup>. La **identidad adolescente** es la que se caracteriza por el cambio de relación del individuo, básicamente con sus padres, a la modificación se suman elementos biológicos; jamás volverá el cuerpo infantil. La presencia externa de los padres empieza a hacerse innecesaria; por supuesto la separación de estos empieza desde la infancia. Ahora la separación de éstos no solo es posible, sino ya necesaria. Las figuras parentales están ya internalizadas, incorporadas a la personalidad del sujeto y este puede iniciar su proceso de individuación.

Sin embargo el adolescente con capacidades diferentes mantiene la relación con figuras paternas desde un vínculo simbiótico y mantiene en la etapa adolescente su presencia externa pues no hay quien destaque en ese mundo interno indiferenciado, ni tampoco reforzados objetos internos buenos, a los que se suma la actitud de los padres, quienes no permiten ningún indicio de separación, pues se consideran imprescindibles para el hijo, y aunque el hijo desee la separación y la identificación con otros, no puede.

El adolescente necesitará dar continuidad y mismidad frente al destino cambiante; puede adoptar para esto; seudo identidades, transitorias (por ciertos periodos), ocasionales (por situaciones nuevas) y circunstanciales identificaciones (identificaciones parciales y transitorias); que ocultan la identidad latente y verdadera; resultado de los mecanismos de defensa frente al proceso de separación de las figuras parentales, con aceptación de una identidad independiente. Mientras tanto se configura un sentimiento depresivo. Proceso que no vivencia en plenitud el adolescente con capacidades diferentes por no tener la posibilidad de adoptar este tipo de identidades y de destruir a los padres infantiles persecutorios e integrar otros nuevos en la personalidad.

---

<sup>8</sup> ABERASTURY, Armanda. KNOBEL, Mauricio, *la adolescencia normal*, Editorial Paidós, Buenos Aires. Barcelona – México, 1997, p. 57 tomado de El mundo del adolescente”, *Revista uruguaya de psicoanálisis*, N.3. Montevideo, 1959, p3.

El adolescente debe incorporar también una nueva imagen corporal sobre la que poseían respecto al cuerpo físico en sí, para poder identificarse consigo mismo y desarrollar su identidad.

El cuerpo es el mediador organizado entre su ser y el mundo, a través del cual va a expresar, desde que nace, su manera de sentirse en él. El conjunto de impresiones sensoriales lo van configurando en su “propio cuerpo y del mundo que lo rodea” conformando así su esquema corporal, como una realidad de hecho.

DOLTO indica: “el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana”, es el asiento de una imagen inconsciente de cuerpo, “la encarnación simbólica del sujeto deseante, “propia de cada uno” y ligada al sujeto y a su historia”. Este esquema corporal puede estar dañado o no y la imagen inconsciente del mismo podrá también ser sana o enferma.<sup>9</sup>

El cuerpo físico es vivido como un objeto extraño y cambiante para el Yo. Cuesta asimilarlo al esquema corporal. El cuerpo y el esquema corporal son variables interrelacionadas en la definición del sí mismo y de la identidad.

Por tanto el cuerpo físico es lo que existe, en el plano real biológico. Y el esquema corporal o imagen del cuerpo es la conciencia que tenemos de nuestro cuerpo, de la situación y relación entre los diferentes segmentos que lo componen y de como el sujeto lo va percibiendo a lo largo de su vida. Se trata de un concepto de carácter dinámico, se va formando y evolucionando de modo lento y global con los años que abarca a todas las capacidades del movimiento, al mismo tiempo que puede ir variando como consecuencia de alguna enfermedad (patología en la elaboración del esquema corporal).

---

<sup>9</sup> SCHORN, Martha. *Discapacidad. Una mirada distinta una escucha diferente*, Editorial Lugar, Buenos aires. Argentina, 2004, pág. 21. Tomado de DOLTO, Françoise: *La imagen inconsciente del cuerpo*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1986,



Podemos, afirmar que el esquema corporal equivale a la representación mental de nuestro cuerpo, con lo que éste se convierte en objeto de conocimiento de sí. Es decir nuestro cuerpo físico es algo objetivo que se puede medir con límites precisos, mientras que el esquema corporal es la parte subjetiva de nuestro físico, es decir, la idea que tenemos de nuestro cuerpo.

Este **esquema corporal** puede ser modificado aunque el cuerpo siga manteniéndose intacto y su concepto depende de numerosos factores, entre ellos:

- \*La observación visual: lo que vemos cuando nos miramos en el espejo.
- \*Los sentimientos y nuestro estado de ánimo: es un factor más bien hormonal.
- \*Las ideas y pensamientos, es decir, lo que hemos aprendido de nuestro entorno.
- \*El ambiente y los factores de tipo sociocultural, la moda impuesta, la publicidad y los medios de comunicación.

Hay entonces gran preocupación por la imagen corporal; la primera preocupación de los muchachos es el poder físico que pueden ejercer en el medio; por tanto la estatura y los músculos son importantes para ellos. Por el contrario a las niñas les preocupa ser demasiado gruesas o bajas; se concentran en el peso, a causa de sus desvelos por la aceptación social.

Esta realidad en el adolescente corriente sirve para poder posesionarse como tal, se debe analizar si esto mismo sucede en el adolescente con capacidades diferentes, si desde la familia, no se impulsan estos pasajes a pesar de los intentos que tenga el adolescente con capacidades diferentes, pues es lo que se observa en éstos jóvenes. En su condiciones de adolescentes con capacidad diferente no ingresan dentro de la búsqueda de si mismo e identidad, gracias a las particularidades de la estructura familiar, de la estructura social e individual, siendo esto el obstáculo en el desempeño psíquico del adolescente.

Aquí es válido analizar la diferencia con Françoise Dolto hace entre imagen corporal y esquema corporal. Este último es un dato histórico que se va construyendo con la ayuda del medio y de esta forma “un esquema corporal muy lesionado puede estar habitado por una imagen del cuerpo integrada”.<sup>10</sup>

Pero a la vez que esto ocurra, será necesario que la madre nomine esta falta, a la vez que le signifique otras partes del cuerpo no lesionadas. “...Si tu tuvieras brazos podrías abrazar como yo te abrazo, pero yo siento tu mirada como un abrazo”.<sup>11</sup>

Por tanto el cuerpo impone a la psique el trabajo de ser representado, este mismo proceso es el que devolverá al cuerpo biológico, su dimensión perteneciente a una realidad exterior al yo, “lo fantasmático es lo que hace de un organismo un cuerpo, organismo que en el mejor de los casos se verá captado por lo simbólico”.

El adolescente en su imagen inconsciente del cuerpo se percibe desde la mirada de la madre, la cual lo fue narcisando o desnarcisizando, es decir amarlo o rechazarlo.

Si no hay una simbolización de un cuerpo deseante, no hay una posible identificación consigo mismo, ni identidad; por su relación con el mundo en referencia a su cuerpo, es decir no sucede una incorporación de una nueva imagen corporal sobre la que poseía como lesionada e incompleta.

Cuando el niño se ve afectado por una invalidez, es indispensable que su déficit físico le sea explicado referenciándolo a su pasado no-invalidez. O, si este no es el caso, a la diferencia congénita entre él y los demás niños. Asimismo tendrá que poder, con el lenguaje mímico y la palabra, expresar y fantasmaticar sus deseos, sean estos realizables o no, según este esquema corporal lisiado”.

---

<sup>10</sup> DOLTO, Françoise: *La imagen inconsciente del cuerpo*. Editorial Paidós, Buenos Aires (1986), pág.20.

<sup>11</sup> SCHORN, Martha. *Discapacidad. Una mirada distinta una escucha diferente*, Editorial Lugar, Buenos Aires. Argentina, 2004, pág. 19.

“La imagen del cuerpo es aquello en el cual se inscriben las experiencias relacionadas de la necesidad y el deseo, valorizantes o desvalorizantes, es decir nacidantes o desnarcizantes” FRANCOISE DOLTO.<sup>12</sup> La madre dará o no el lugar para las identificaciones, creatividad y falso Self.

## **2.2. Tendencia grupal**

Se espera comúnmente que el individuo en la adultez pueda asumir una independencia, dirigirse hacia roles y metas de acuerdo a sus habilidades y posibilidades ambientales.

Por eso el adolescente trata de adoptar actitudes y pautas de comportamiento adecuadas para ser reconocido en el mundo de los adultos; sin embargo oscila con conductas infantiles e irresponsables; en un proceso de maduración social, puesto que logrará al final de la adolescencia, incorporar relaciones sociales y sus esquemas, comprendiendo el orden, la autoridad y la ley.

Otro recurso defensivo que usa el adolescente es la búsqueda de uniformidad, para obtener seguridad y estima personal, surge el espíritu de grupo. Se inclina a los dictados del grupo, pues hay un proceso de sobreidentificación masiva, todos se identifican con cada uno; es súper intenso que pertenezcan más al grupo de amigos que al grupo familiar.

Este pasaje de lo familiar a lo extrafamiliar debería ser un camino común y corriente a recorrer. Para ello hubo aprendizajes previos, amigos en la infancia, en la pubertad, salidas, campeonatos, amigovios, etc. El padre común se preocupa si no se da esto en su hijo, di de mantiene aislado. Pero no ocurre lo mismo con los padres y los jóvenes

---

<sup>12</sup> DOLTO, Françoise: *La imagen inconsciente del cuerpo*. Editorial Paidós, Buenos Aires (1986), pág.18.

con capacidad diferente. No son cuestiones que entren en el discurso paterno ni en las demandas de los adolescentes. Y hay una verdadera realidad a este conflicto. “(...) la dificultad de estos padre por desanudar los lazos que sujetan a estos jóvenes. Ellos piensan o sienten que este aflojamiento es un desprendimiento total, un dejar caer y no el apropiado sostén de acuerdo con las distintas posibilidades de los hijos y de los tiempos”.<sup>13</sup>

Freud decía “(...) con harta frecuencia, las primeras emociones, se transparentan en las apasionadas amistades de los adolescentes varones y niñas por las de su mismo sexo”.<sup>14</sup>

Las actuaciones de grupo y de sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta al medio familiar. “El grupo constituye así la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta”.<sup>15</sup> De esta manera se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que tenía con la familia y padres en especial; ahí refuerza los aspectos cambiantes del yo; es útil para las disociaciones, proyecciones e identificaciones de la adolescencia, usando básicamente mecanismos esquizoparanoides, ya que al pasar el adolescente por los cambios, en los cuales no participa de forma activa, con ayuda del grupo puede expresar la conducta psicopática; frente a la pérdida del cuerpo infantil, se une al acting-out afectivo; apareciendo conductas de desafecto, de crueldad con el objeto, de indiferencia, de falta de responsabilidad. Además como no está preparado para asumir las obligaciones recurre al grupo para un refuerzo de su identidad y ayuda para solucionar gran parte de sus conflictos.

Las amistades cumplen variadas funciones, como el desarrollo de habilidades sociales, como ayuda para enfrentar la crisis y los sentimientos comunes; posibilitan

---

<sup>13</sup> SCHORN, Martha. *Discapacidad. Una mirada distinta una escucha diferente*, Editorial Lugar, Buenos aires. Argentina, 2004, pág. 146

<sup>14</sup> FREUD, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual: Las metamorfosis de la pubertad*. Amorrortu Editores. Obras completas. Vol. VII. 2000. 1905. Argentina. Pág. 153.

<sup>15</sup> ABERASTURY, Arminda. KNOBEL, Mauricio, *La adolescencia normal*, Editorial Paidós, Buenos Aires. Barcelona – México, 1997, p 60

la definición de status, por la posición que ocupa en el grupo al que pertenecen; el adolescente disminuye el número de amigos, buscando características a fines, también aparecen las amistades con el sexo opuesto.

La aparición del amigo íntimo “ese otro igual a sí mismo, del mismo sexo primero y luego del sexo diferente que permita ese compás de espera, ese tiempo que necesita para ser adulto, para compartir el adiós a la infancia, para poder alcanzar una concepción del mundo no tan disociado” es una elección que no aparece y por lo tanto no colabora en el desprendimiento familiar.

“Algo corrientemente observable es la no existencia de la categoría amigo íntimo y no alcanza comprensión acabada de la diferencia entre compañeros y amigos.”<sup>16</sup> Los adolescentes con capacidades diferentes consideran amigos a sus padres, y no dan referencia de un amigo íntimo seguro, “ese doble que permite la supervivencia”. Ni esta tendencia grupal, ni el amigo íntimo, son una relación vincular, pues todo ocurre en el ámbito familiar, sin existir ningún transcurrir de lo familiar a lo social.

El amigo íntimo es un sustrato identificatorio importante para la elección de objeto amoroso heterosexual, “es aquel que posibilitará el alivio de las ansiedades edípicas y que actuará como amortiguador del no poder controlar todo los objetos. “En cambio los compañeros transitorios que tiene los adolescentes con capacidades diferentes, que solo ven por la mañana o por la tarde, que están bajo la mirada del adulto y de una actividad regulada institucionalmente, no es producto de libre elección, no constituye un despliegue de su identidad.

“El amigo íntimo funciona como objeto transicional y suaviza el contacto; entre el adolescente y la sociedad, entre el mundo infantil que se abandona y el mundo adulto al que se integra, entre el mundo fantaseado de la

---

<sup>16</sup> SCHORN, Martha. *Discapacidad. Una mirada distinta una escucha diferente*, Editorial Lugar, Buenos aires. Argentina, 2004, pág. 146.

bisexualidad que se aleja y el mundo de las diferencias masculino-femenino que se imponen; el amigo íntimo permite el juego cruzado de identificaciones proyectivas, alivia las ansiedades persecutorias y disminuye los estados confusionales.”<sup>17</sup>

En muchos adolescentes con capacidades diferentes este vínculo moderativo se caracteriza por su ausencia, significando una continuación de la latencia. Lo que dificulta este pasaje es la represión de placer y del saber, al no poder establecer otras vinculaciones necesarias para el establecimiento de los distintos prototipos identificatorios. La no presencia de pares, acentúa los vínculos estrechos con los padres, familia y escuela.

### **2.3.- Necesidad de intelectualizar<sup>18</sup> y fantasear**

La necesidad de intelectualizar y fantasear se da como una de las formas típicas del pensamiento adolescente; frente a la imposición de la realidad respecto a renunciar al cuerpo, rol y padres de la infancia, así como a la bisexualidad infantil; se siente obligado a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar; así como los cambios del mundo exterior que se va diferenciando cada vez del mundo interno. “La función de la intelectualización consistiría en ligar los fenómenos instintivos con contenidos instintivos y hacerlos accesibles a la conciencia y fáciles de controlar”. Y por lo tanto sirve para defenderse de los cambios incontrolables.

---

<sup>17</sup> MANTYKOW; Berta S. Adolescencia. “*el amigo íntimo en la adolescencia*” Revista de APDEBA N. 3. Col XIII. 1991. En [www.apdeba.org](http://www.apdeba.org).

<sup>18</sup> Intelectualización: mecanismo defensivo descrito por Anna Freud en la adolescencia, consistente en una exageración de un mecanismo normal mediante el cual el yo intenta controlar las pulsiones asociándolas a ideas que puede manejar conscientemente. Intelectualizar es presentar los problemas en términos más generales y racionales, que personales y emocionales. Evita lo afectivo dándole forma discursiva.

Surgen entonces en la adolescencia grandes teorías filosóficas, movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, etc. En la cotidianidad el adolescente se caracteriza por la creatividad se convierten hasta en artistas.

En el caso de los adolescentes con capacidades diferentes la intelectualización no toma lugar, ya que es un mecanismo defensivo muy elaborado, que su yo no utiliza, lo que si la fantasía, como mecanismo para eludir las angustias de soledad, vacío y muerte. Fantaseando logra sobrellevar su cuerpo no erotizado e incompleto que se compara con los demás, la sobreprotección de los padres, la no expresión de su sexualidad, su falta de identificaciones e identidad, que se tornan angustiantes.

#### **2.4. Crisis religiosa.**

El adolescente se puede manifestar como un ateo exacerbado o un místico fervoroso; lo que concuerda con toda situación cambiante y fluctuante de su mundo interno. La preocupación mística es un intento de solución a la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y al enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva del yo corporal y de la separación definitiva de los padres y también de la aceptación posible de los mismos.

Es común observar que un mismo adolescente pasa incluso por períodos místicos o por períodos de un ateísmo absoluto. Surge una preocupación metafísica con gran intensidad, y las frecuentes crisis religiosas no son mero reflejo caprichoso de lo místico, como a veces suele aparecer a los ojos de los adultos, sino intentos de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y con el enfrentamiento del fenómeno de la muerte definitiva de su yo corporal. Así, la figura de una divinidad, de cualquier tipo de religión, puede representar para él una salida mágica.

De tal manera el adolescente con capacidades diferentes no llega a la construcción definitiva de una ideología, así como de valores éticos o morales, pues el individuo pasa por algunas relaciones de objeto persecutorias que no abandona y ni sufre un proceso de desidealización que permita construir nuevas y verdaderas ideologías de vida.

### **2.2.5. La desubicación temporal**

El adolescente convierte el tiempo en presente y activo, como un intento de manejarlo, sus urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales. Se encuentra en la indiferenciación más primitiva, un pasado - futuro en un devorador presente, como cuando está asociado a la madre y va diferenciándose progresivamente; el adolescente vive un proceso primario respecto a lo temporal, predomina luego de romperse el equilibrio de la etapa de latencia, la parte psicótica de la personalidad. Las dificultades de diferenciar externo e interno, adulto-infantil y presente-pasado-futuro; es durante la adolescencia la dimensión temporal irá discriminándose paulatinamente, si se niega el paso del tiempo, puede conservarse el niño adentro muerto-vivo, es por eso que el adolescente mientras tanto usa el tiempo como un objeto, para no tenerlo solo dentro, se aísla se queda solo y deja afuera el tiempo (pasado - futuro y presente). Solo cuando acepta la pérdida de la niñez, logra aceptar la muerte del yo infantil y sus objetos ubicándolos en el pasado, surge la conceptualización del tiempo, implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro, con la aceptación de los padres y la pérdida definitiva de su vínculo con ellos y la propia muerte.

“Cuando éste puede reconocer un pasado y formular proyectos de futuro, con capacidad de espera y elaboración en el presente, supera gran parte de la problemática adolescente”<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> ABERASTURY, Arminda. KNOBEL, Mauricio, *la adolescencia normal*, Editorial Paidós, Buenos Aires. Barcelona – México, 1997, p. 74 tomado de “un enfoque sobre la temporalidad en el psicoanálisis de la adolescencia”. Trabajo presentado a la Asociación psicoanalítica Argentina 1969.



En la realidad analizada suele mantenerse la etapa de latencia, basada en la indiferenciación más primitiva, sin diferenciación de pasado y futuro, en ese eterno presente, niños asociados a la madre sin ir diferenciándose progresivamente; el adolescente con capacidades diferentes vive un proceso primario respecto a lo temporal, predominan las dificultades de diferenciar externo e interno, adulto-infantil, y presente-pasado-futuro.

### **2.2.6. La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad**

En esta etapa se describe como un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio, que la verdadera genitalidad procreativa que solo se da con la capacidad de asumir el rol parental en la adultez.

La gran tarea de la iniciación sexual es estructurante para el psiquismo. Se recrudece lo pulsional y narcisista, lo cual hace que sea difícil de simbolizar, quedándose como el niño que sigue siendo. Pero lo peor es la fantasmática paterna acerca de que ese joven retrasado jamás va a poder dejar de ser hijo para ser padre. Es la marca orgánica la que asusta a los padres que se prolongue a otra generación; por tanto niegan la sexualidad de sus hijos, aunque no dudan de su capacidad para procrear, pero no asumen jamás esa posibilidad. Confundiendo la sexualidad con procreación.

Comienzan los contactos superficiales, las caricias cada vez más íntimas y profundas; el enamoramiento apasionado es también singular en la adolescencia, con frágiles vínculos de relación interpersonal. Ocurre que idealizan a la pareja que es un claro sustituto parental, que el adolescente se vincula con fantasías edípicas.

La relación genital heterosexual completa ocurre en la adolescencia tardía, es mucho más frecuente de lo que creen los adultos. Si lo tienen, responde más al carácter

exploratorio de aprendizaje de la genitalidad, que a un verdadero ejercicio de la genitalidad responsable, adulta y placentera.

Los cambios puberales (base biológica) facilitan la reinstalación fáctica de la capacidad genital (madurez sexual). Elaborar el duelo por el cuerpo infantil significa la elaboración del duelo por el sexo opuesto perdido, impuesto por la llegada del semen o menstruación, que imponen el rol genital de procreación y definición sexual correspondiente.

La elaboración en el lactante de la fase genital previa (masturbación, identificación con figuras parentales en coito positivo y amoroso, actividades lúdicas), se incluye en la fase fálica a los 4 o 5 años; y se reproducirá también en la adolescencia.

En la instrumentalización de la genitalidad se agudiza la fantasía y experiencia pasada, se ve el fenómeno de evolución del autoerotismo a la heterosexualidad; (masturbación primero, actividad lúdica que lleva al aprendizaje lúdico del otro sexo con toqueo, bailes, juegos, deportes, como una forma de exploración). Ingresa aquí la curiosidad sexual, expresada en mirar revistas pornográficas, el exhibicionismo en la vestimenta, cabello, bailes, etc.

La sexualidad del adolescente con capacidades diferentes es la misma para todos; muchas conductas sexuales aparecen en personas con capacidades diferentes, pero son interpretadas desde su mirada y desde su intencionalidad, sin tener presente que para comprender una conducta sexual se debe tomar en cuenta su nivel de comprensión y no su edad cronológica.

Hay casos de retardo mental leve que pueden llegar a la genitalidad, todos los demás casos responden de acuerdo con los períodos evolutivos de la sexualidad infantil. En los niños el conocerse, el diferenciarse, la identificación, la imitación, el intercambio

de roles. El niño explora, conoce, prueba e intercambia roles mediante sus juegos sexuales, Ellos serán los que le permitan desarrollarse sin dificultades más adelante, con respecto a su género, rol e integración.

Para aclarar más podemos decir que aquellas personas con discapacidades o déficit mental profundo pueden llegar al nivel de un niño de 2 años, se autoestimulan con una carga afectiva, para unificar un concepto de sí mismo. Exploran su cuerpo y diferencian someramente los sexos.

En el déficit mental moderado las personas pueden alcanzar un nivel de comprensión hasta de 6 ó 7 años. Existe el autovalimiento y la adaptación a normas, autoestimulación, reconocimiento del placer tratando de repetir lo gratificante.

A través de los juegos sexuales elaboran y comprenden los comportamientos femeninos y masculinos, roles, su intimidad y la de otros.

Cuando su evolución sexual se efectúa sin problemas elegirán a algún compañero o compañera desde lo afectivo para compartir contactos. Y llegar a la heterosexualidad. No se busca una relación genital por una propia iniciativa, por lo cual no llegarán a una vida reproductiva por elección salvo que sean víctimas de abuso o entrenamiento.

Por lo general las personas con capacidades diferentes imitan, “como si”. Es habitual escucharlos decir que están de novios, recreando la vida adulta a través de juegos. Sus manifestaciones sexuales se quedan en el autoerotismo, respondiendo a la sexualidad infantil, no hay una intencionalidad adulta. Y no existe en ellos jamás una homosexualidad en estas personas, sus acercamientos hacia uno y otro sexo son indistintos sin indicar orientación sexual alguna.

### **2.2.7. Actitud social reivindicatoria**

La constelación familiar es la primera expresión de la sociedad que influye y determina la conducta de los adolescentes, muchos padres se angustian y atemorizan frente al crecimiento de sus hijos, reviven sus situaciones edípicas, al ver la situación edípica que viven los adolescentes; sienten sus padres las ansiedades que despierta la genitalidad de los hijos y el desprendimiento de los mismos y celos que esto implica. Esto provoca la “ambivalencia dual”, ya que la misma situación ambivalente presentan los hijos separándose de los padres; la presentan éstos al ver que ellos se alejan.

El problema de la adolescencia no es solo producto de los cambios psicobiológicos, sino también de una realidad social en la que se inscriben, el medio provee nuevas posibilidades de identificación, futuras aceptaciones de identificaciones parciales e incorporación de una gran cantidad de pautas socioculturales y económicas que no es posible minimizar. La ulterior aceptación de la identidad está forzosamente determinada, por un condicionamiento entre individuo y medio.

Lo psicodinámico-biológico del individuo se exterioriza de acuerdo a los patrones culturales, considero que el comprender patrones culturales es sumamente importante para determinar pautas exteriores de manejo de la adolescencia, especialmente para que estas pautas puedan ser modificadas y utilizadas adecuadamente cuando el adolescente se estanca en la superación de la crisis (duelos, identificaciones, identidad,...)

Los adultos reciben la adolescencia de forma hostil, la rivalidad que sienten los padres del mismo sexo el tener que aceptar como a sus iguales y posteriormente incluso admitir la posibilidad de ser reemplazados por los mismos, por sus hijos, los mismos que se identifican con ellos; les lleva a hacer uso de los ritos de iniciación:

actitudes rígidas, formalidades, limitaciones, ocultación de la sexualidad, tabúes, moralismos, reforzando las actitudes paranoides de los chicos.

Se designa como rebelión a la subcultura adolescente lo que en realidad se trata de identificaciones cruzadas y masivas, que ocurren como defensa del yo, mediante lo cual el sujeto va desprendiéndose de partes infantiles y viendo como indefinida y peligrosa su entrada al mundo de los adultos.

El adolescente trata de modificar la sociedad y a su vez vive modificaciones intensas. Las intelectualizaciones y fantasías se cristalizan en la acción de lo ocurrido ya en el pensamiento; es decir se convierte en pensamiento activo y gran parte de la oposición a los padres se traslada al campo social.

Las contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta es normal por la labilidad de la organización defensiva, para poder ser controlada, la conducta del adolescente se basa en acción; no puede mantener una línea de conducta estable aunque lo intente, pues es una personalidad permeable, que recibe y proyecta todo (introyección y proyección intensas y variables). Hay normalidad en la labilidad de su organización defensiva, “el niño que comienza a caminar requiere del auxilio de la madre para alcanzar la autonomía, el adolescente en cambio se vuelve hacia la horda y sus contemporáneos para obtener esos suministros sin los cuales no es posible materializar la segunda individuación”.<sup>20</sup> Es el grupo el que le permite el acceso a lo social, el aprender los nuevos ideales que pueden o no coincidir con sus padres. ¿Se da esto así en los adolescentes con capacidades diferentes?

En quienes el orden de lo simbólico no está comprometido, seguramente lo atravesará como cualquier adolescente; en cambio es una tarea difícil para el adolescente con limitación física o intelectual porque a ellos les cuesta hacer un

---

<sup>20</sup> BLOS, P. *Transición adolescente*. Amorrortu Editores, Buenos aires, 1979, pág. 133.

despliegue de su accionar hacia afuera, hacia lo exogámico, por sus limitaciones y por el acompañamiento familiar que lo sobreprotege.

Hay un anhelo y un querer hacer del orden imitativo pero no un Ser de una realización deseante de una subjetividad en plenitud. Por lo tanto, estos trabajos adolescentes que continúan con la entrada a la adultez no se terminan de realizar.

### **2.2.8. Separación progresiva de los padres**

Una de sus tareas es la de ir separándose de sus padres, lo cual está favorecido por el determinismo que los cambios biológicos imponen en este momento cronológico del sujeto. La intensidad y calidad de la angustia con que se maneja la relación con los padres y su separación de estos, estará determinada por la forma en que se ha realizado y elaborado la fase genital previa de cada individuo, a la que se sumaran las experiencias infantiles anteriores y posteriores y la actual de la propia adolescencia. Si la figura de los padres aparece con roles bien definidos, en una unión amorosa y creativa, la escena primaria disminuye sus aspectos persecutorios y se convierte en el modelo del vínculo genital que el adolescente buscase realmente. Las figuras parentales no muy estables ni bien definidas en sus roles, pueden aparecer ante el adolescente como desvalorizadas y obligarlo a buscar identificaciones con personalidades más consistentes y firmes.

“Si para todo niño transformarse en un sujeto abierto al deseo, es un trámite difícil y costoso, para éstos niños y para éstos padres que desde el nacimiento cargan con un trastorno en su desarrollo, el trámite se dificulta aún más.”<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> <sup>21</sup> SCHORN, Martha. *Discapacidad. Una mirada distinta una escucha diferente*, Editorial Lugar, Buenos Aires, Argentina, 2004, pág.15.

La familia en estos casos inconscientemente organiza su propia economía psíquica, sustentando la ilusión de que el tiempo no pasa y ese hijo puede comenzar a funcionar como el eterno bebé o el pobrecito a quien los padres y hermanos deben atender por el resto de sus vidas promoviendo fantasías de que a esa persona es necesario cuidarla siempre.

La existencia de la capacidad diferente quiebra la idea mítica de la completud o perfección narcisista, desde padres y sociedad. El remordimiento en los padres hace que reaccionen así:

1. Falso proteccionismo que induce inmovilización al sujeto, debiendo este adolescente con capacidades diferentes evitar hacer cambios, para mantener la homeóstasis familiar.
2. Se lo intenta preservar promoviendo en él una alta dependencia vincular

Siendo conscientes que la modalidad vincular de sobreprotección, esconde la no protección y remite una culpa. La protección excesiva no permite la separación de las figuras paternas, ni la adquisición de redes identificatorias con otros y una falta de identidad.

### **2.2.9. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo**

Los fenómenos de duelo<sup>22</sup> y depresión<sup>23</sup> acompañan el proceso identificatorio adolescente; es decir que ansiedad<sup>24</sup> y depresión son permanentes. Solo la elaboración de duelos determinará la intensidad de la expresión de estos sentimientos; además junto a las fluctuaciones dolorosas tiene necesidades instintivas básicas.

---

<sup>22</sup> Duelo: Proceso de manifestación de sentimientos que se tiene por la muerte y pérdida de algo.

<sup>23</sup> Depresión: Decaimiento del ánimo o voluntad.

<sup>24</sup> Ansiedad: Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión

El yo trata de tener relaciones placenteras con el mundo que no siempre las logra y en su sensación de fracaso opta mejor por refugiarse en sí mismo. Ese repliegue autista da origen al sentimiento de soledad, acompañado de frustración desaliento, angustia, y aburrimiento. En su medio interno elabora y reconsidera sus vivencias y fracaso.

Las rápidas fluctuaciones del estado de ánimo se deben a la intensidad y frecuencia de los procesos de introyección y proyección; que pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones en su estado de ánimo. Ya que se ve de pronto sumergido en la desesperanza o cuando elabora y supera los duelos, proyectarse en una elación a veces hasta desmedida.

El adolescente con capacidades diferentes una continuidad de los cambios de humor, repetitiva necesidad de ser entendido y atendido urgentemente, la no aparición de un plan de vida, la no liberación de la dependencia infantil; es decir, la imposibilidad consolidar un proceso de individuación que privilegia una suerte de infantilidad que es la muerte de la subjetividad. Es el no ser para solo el “hacer”. Mantiene el estado de ánimo irritable, triste y lleno de angustia de muerte.

#### **2.2.10. Duelos**

A su vez el adolescente debe; enfrentar el mundo de los adultos para lo cual no está del todo preparado y desprenderse de su mundo infantil; en el cual vivía cómodamente, en relación de dependencia con necesidades satisfechas y roles establecido. Aberastury indica que el adolescente pasa por tres duelos fundamentales:

- a) el duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios



como algo externo frente a lo cual se encuentra espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo; b) el duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce, y c) el duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la actitud de los padres, que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños, y sí adultos o están en vía de serlo. Se une a estos duelos el duelo por la bisexualidad infantil también perdida.<sup>25</sup>

El síndrome es normal; como parte de la propia situación evolutiva y de la interacción con el medio, ya que “el adolescente aislado no existe, como no existe ser alguno desconectado del mundo”<sup>26</sup>; por tanto los duelos van acompañados del proceso psicodinámico del duelo normal; ocasional, fugaz y transitoriamente podría adquirir las características de duelo patológico.

El adolescente, con o sin discapacidad, atraviesa por momentos o situaciones de crisis; éstas son las que posibilitan una adecuada ubicación en lo social y cultural para ello se debe pasar por la etapa de la desimbiotización, es decir por los duelos por el cuerpo infantil, el duelo por los padres de la infancia y por la bisexualidad infantil que se pierden. Los padres se ven afectados por ello y no ayudan con acertados acompañamientos sociales.

Sigmund Freud se ocupa del duelo de una manera singular, pues lo considera un afecto “normal”. En Adición metapsicológica a la teoría de los sueños, de 1917, compara la melancolía con el duelo, patológica la primera, dolor normal el segundo, que se consume espontáneamente una vez que se haya renunciado a todo cuánto se

---

<sup>25</sup> ABERASTURY, Arminda. KNOBEL, Mauricio, *la adolescencia normal*, Editorial Paidós, Buenos Aires. Barcelona – México, 1997, p. 10

<sup>26</sup> Ídem, p. 11

ha perdido, esto es que se haya agotado la libido puesta en ello y sea posible recuperarla para otros objetos.

Sigmund Freud dice: “La conjunción de melancolía y duelo parece justificada por el cuadro total de esos dos estados. También son coincidentes las influencias de la vida que los ocasionan, toda vez que podemos discernirlas. El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza)”. “La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. Este cuadro se nos hace más inteligible cuando reflexionamos que el duelo muestra también esos caracteres, a excepción de uno solo; la perturbación del amor propio. El duelo intenso, reacción a la pérdida de un ser amado, integra el mismo doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior (en cuanto nos recuerda a la persona fallecida), la pérdida de la capacidad de elegir un objeto amoroso (lo que equivale a sustituir al desaparecido) y al apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido”.<sup>27</sup>

#### 2.2.10.1. EL TRABAJO DEL DUELO

Uno de los significados que tiene la palabra duelo, es la confrontación entre dos rivales potencialmente antagónicos, en la cual, uno de los dos debe triunfar sobre el otro. Freud, en su texto "Duelo y Melancolía", de 1915, presenta una propuesta que se inscribe en la lógica del duelo en que dos registros antagónicos se debaten, esto es

---

<sup>27</sup> FREUD, Sigmund. Duelo y Melancolía. 1974, Madrid, Biblioteca Nueva. Pg.

una tendencia que empuja hacia la vida y otra tendencia que empuja a mantenerse del lado de la muerte, del lado del objeto perdido. ¿En qué consiste este trabajo?

Es un procedimiento lento y doloroso que tiene como punto de partida la noticia de la pérdida de un objeto amado y como punto de llegada la renuncia y el reencuentro con un deseo por la vida, pero este proceso debe ser ejecutado “pieza por pieza” con un gran gasto de tiempo y de energía.

El trabajo de duelo entonces, se podría expresar como un proceso que está estructurado en una dialéctica, una especie de diálogo entre la realidad expresada como un mandato y la respuesta libidinal del sujeto. El Yo humano se constituye sobre una contradicción, como en una división pues vemos como una parte del Yo se sitúa enfrente de la otra y la valora críticamente, como si la tomara por objeto y la censurara y le exigiera o maltratara incluso como el propio Yo podría hacerlo con otro. Esta dualidad, esta división estructural entonces está en el fundamento de esta dialéctica.

#### 2.2.10.2. PASOS DEL DUELO

1. En un primer avance del proceso de duelo el “examen de la realidad le ha dicho al sujeto que el objeto no existe más, que ha muerto”. Este mandato le exige retirar las cargas de libido puestas en él. A esta exigencia la respuesta subjetiva es la negación. El sujeto dice ¡No! no es posible, no puede ser, mentira, no puedo creer. Puesto que el sujeto posee una tenaz adherencia a las fuentes de placer disponibles y la dificultad a renunciar a ellas es una tendencia general del aparato psíquico que se rige por principio del placer. En el texto: “Los dos principios del suceder psíquico” Freud plantea que a pesar de la introducción del principio de realidad que se caracteriza por la atención, la percepción, la memoria, el discernimiento y el pensamiento consciente esto es, que se rige por el mandato de la realidad, una porción de nuestra vida anímica permanece disociada, libre de toda confrontación con la realidad, esta porción de la vida anímica está regida por el principio de placer y busca su

satisfacción de manera independiente, siendo así mismo lo que verdaderamente comanda las relaciones del sujeto con lo real, por paradójico que ello pueda parecer.

2. En un segundo avance, Freud antepone nuevamente lo normal como la victoria de la realidad, pero la respuesta del sujeto, es lenta, paulatina y con un enorme costo de dolor, asumir la realidad, despertar, implica un enorme gasto de tiempo y energía.

3. En un tercer avance, al imperativo de la inexistencia del objeto, le responde el sujeto conservando mientras tanto su existencia psíquica. Entonces, si en el primer avance Freud confronta al principio del placer con el principio de realidad, en este avance, confronta al objeto real con un objeto de existencia psíquica, con el cual el sujeto se ha independizado de la exigencia de la realidad. Entonces de qué objeto se trata ahora en el proceso del Duelo, de un objeto amado, idealizado, temido, odiado, pero un objeto que el sujeto ha cargado de representaciones y de libido ya no contando con los atributos propios del objeto en la realidad sino con los atributos de su propio deseo. El estatuto psíquico del objeto depende de la libidinización, de la opción del sujeto, de las respuestas del lado del sujeto.

4. Por esto, en el cuarto avance, mientras la realidad no ha cesado de exigir su obediencia, no deja de insistir en la falta, el sujeto aún da unos rodeos económicos más: “Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace con el objeto es sucesivamente despertado, sobrecargado, realizándose en él una sustracción de libido”.

5. En el momento final del proceso hay por fin una renuncia al objeto, un consentimiento con su pérdida, un desprendimiento de la libido puesta en él, y es esto lo que finalmente le permite al sujeto optar nuevamente por la vida: “El duelo mueve al Yo, a renunciar al objeto, comunicándole su muerte, ofreciéndole como premio la vida para decidirla”.

Al final pues de todo este proceso, al que Freud llama trabajo, lo que aparece de manera evidente es que el sujeto es quien realiza el trabajo y que su salida es una elección del sujeto que se plantea ya no el debate entre el principio de realidad y el principio del placer sino entre el goce y la vida. Entre permanecer aferrado al dolor como último modo de amar o apostar por un nuevo amor que sea compatible con la vida, hay un esfuerzo, un trabajo, se refiere a un acto que depende de la decisión del sujeto en tanto renuncia, dice Freud, renuncia sin duda al objeto, pero renuncia también al goce que el dolor reporta. Así, nos muestra que esto que llama trabajo es en sí mismo un proceso, una elaboración, una formación, un tratamiento. El sujeto trata lo real, o innombrable, lo enigmático, lo imposible de soportar de la muerte, con lo simbólico, de la misma manera que en el curso de toda su obra, Freud refiere al trabajo del sueño, para decir que el sueño elabora, transforma ideas latentes, huellas mnémicas carga pura sin representación de palabra, en imágenes verbales en texto consciente, legible.

Arminda Aberastury y Mauricio Knobel se han detenido ampliamente en describir el proceso de duelo durante la adolescencia, en lo que ellos llaman “síndrome normal de la adolescencia”, dando por entendido que es posible encontrar aún dentro de las características de lo patológico, rasgos que, por lo frecuente, pueden y deben ser normales. Siguiendo las ideas de Aberastury podemos decir que el adolescente realiza los tres duelos fundamentales, ya mencionados.

Toda elaboración de duelo exige tiempo para su normal desarrollo y no tomar las características de una negación maníaca, que la emparentaría en su patología con la psicopatía.

Aberastury añade un cuarto duelo, al que parece otorgarle menor entidad, el de la pérdida de la bisexualidad de la infancia en la medida que se madura y se desarrolla la propia identidad sexual. Propone también que la inclusión del adolescente en el

mundo adulto requiere de una ideología, que le permita adaptarse o actuar para poder cambiar su mundo circundante.

Enlaza este proceso con el que ocurrió en la segunda mitad del primer año cuando el niño descubre sus genitales y busca simbólicamente en los objetos del mundo exterior la parte faltante. También considera que la actividad masturbatoria, a veces compulsiva tiene como objeto no solo la descarga de tensiones, sino también la de negar omnipotentemente que se dispone de un solo sexo y que para la unión se necesita de la otra parte.

La pérdida que debe aceptar el adolescente por el cuerpo es doble, por un lado la de su cuerpo de niño cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo status y por otro la aparición de la menstruación en la niña y del semen en el varón, que les imponen el testimonio de la definición sexual y del rol que tendrán que asumir, no solo en la unión sexual con la pareja sino en la procreación. Esto exige el abandono de la fantasía de doble sexo implícita en todo ser humano como consecuencia de su bisexualidad básica. Este collage aparece también en su personalidad. No quiere ser como determinados adultos (sus padres) y busca nuevos ideales, pero en esta búsqueda queda desamparado.

Durante la adolescencia la pérdida coexiste con un renacer y se observa que junto al desplazamiento narcisista de la libido y la identificación con la bondad del objeto, se realiza un proceso de desarrollo, que es la transformación de los mismos objetos en nuevas configuraciones. En este duelo especial se complementa la visión de pérdida que tiene todo cambio con la visión de descubrimiento y desarrollo que lleva implícito. Son tres procesos simultáneos, pérdida, logro y descubrimiento.

Relaciona luego el proceso de duelo con las tres etapas de la adolescencia. En la primera etapa y durante la pubertad el duelo se centra en el cuerpo, afectando

especialmente al Yo corporal, que vive la doble pérdida de su cuerpo infantil y de las partes del Yo ligadas a aquel cuerpo y que constituían el esquema corporal.

Además se realiza otro duelo, en relación con el cuerpo adulto idealizado que se esperaba tener y que la realidad confirma como distinto a lo esperado. Hay pues dos pérdidas, la del cuerpo físico y la del esquema corporal entendidas como nuestra imagen interna del cuerpo físico.

Durante esta primera etapa, en la pubertad, priman las ansiedades persecutorias y se hace necesario controlarlas. También pueden aparecer equivalentes depresivos que expresan perturbaciones del trabajo de duelo: problemas de piel, obesidad, cefaleas, trastornos gastrointestinales, etc. Cuando la angustia se hace muy intensa y no se puede controlar lo más temido, que es la falta de límites, aparece como su expresión más patética el miedo a la muerte y a la despersonalización.

Durante la etapa media el duelo se centra más en el Yo psicológico, entendiendo por tal las identificaciones y la función imaginativa y pensante. En este periodo se entra en la fase de desesperación, surgida ante la percepción más total de lo perdido y de lo adquirido, ante el vacío dejado por las pérdidas objetales y de partes del yo. Es más frecuente el desarrollo de la ambivalencia con intentos de integración, asunción progresiva de la culpa y ante la negación maniaca de lo perdido puberal, se desarrolla el sentimiento de pena.

La última etapa adolescente coincide con la tercera etapa del duelo: el desplazamiento hacia nuevos objetos diferentes a los de la infancia. Hay una elección más libre de las relaciones con los objetos externos y supone el logro de una identidad básica que capacita al sujeto para estar solo, imprescindible para el logro de la identidad.

F. Moujan afirma que existe una coincidencia entre los tres momentos de duelo y los tres periodos adolescentes, en la pubertad prima el retiro del objeto (pérdida), en la mediana adolescencia predominan las tendencias narcisistas, la idealización Yoica, las ilusiones y la participación en identidades grupales (logro). En el final de la adolescencia encontramos la vuelta al objeto externo (descubrimiento). Cuando las dificultades no permiten que se resuelva el duelo, aparecen como indicadores del mismo el resentimiento, sobre todo en la protesta puberal, el miedo, como correlato de la desesperación adolescente, o el triunfo maníaco, con el pensamiento omnipotente, las idealizaciones grupales, pseudoidentidades y vínculos de orden narcisista. Estos aspectos son los que pueden ponernos sobre aviso de un desenlace depresivo.

Los movimientos depresivos del adolescente aparecerán como el resultado de un rechazo de una realidad decepcionante y un repliegue sobre posiciones fantasmáticas infantiles, más que con una renuncia y un abandono de los vínculos infantiles. Más que una vivencia de pérdida, la reacción depresiva estaría ligada a una “desilusión” que, al ser masiva y brutal, puede provocar una amenaza de pérdida que afecta a la vez a la integridad narcisista y a los vínculos objetales. Esta reacción de la depresión “normal” del adolescente está más próxima al repliegue defensivo en el que, tras el rechazo malhumorado del objeto, se adivina, más o menos fácilmente, la ansiosa espera de su presencia. La renuncia a los objetos parentales es tan poco manifiesta, que se perfila siempre, tras la amenaza de pérdida, la del retorno masivo, igualmente angustioso, del objeto. “De ahí la dificultad de encontrar la buena distancia relacional del adolescente, que espera ser adivinado y comprendido sin necesidad de pasar por la humillación de tener que expresar una demanda, pero teme de igual manera ser desposeído de su control. En este sentido, la angustia del adolescente, está en su deseo/temor de abandonar a los padres de la infancia.

Los adolescentes se ven obligados por eso a recurrir a una distancia física considerable respecto a sus padres, cuando no consiguen establecer una distancia psíquica simbólica con unos padres que resultan demasiado excitantes. Y si la



distancia no se produce, el temor a la atracción se transforma en rechazo agresivo, con reacciones de asco, denigración y desvalorización.

En base a las aportaciones de Winnicott se puede indicar que para poder llegar a ser en los adolescentes con capacidades diferentes se debe dar un doble juego: el adolescente debe poder matar simbólicamente al padre que tiene, “pasar por su cadáver”; y el padre debe permitirse poder “matar a ese hijo imaginario y deseado que quiso tener y que conservo, secretamente, dentro de él. Sólo así podrá ver en toda su magnitud a ese hijo real, tarea difícil para el padre de un hijo con marca orgánica.

Los padres siempre sienten la necesidad de reparar lo irreparable y en el caso puntual del que tiene un hijo con capacidades diferentes, pues ellos saben que a través de ese hijo no pueden esperar una transición generacional, permitiendo a ese hijo solo jugar a ser grande, sin serlo, y no logrando aceptarlo y verlo como un joven que desea y piensa a pesar de sus limitaciones.

Los padres movilizan sus culpas en la adolescencia del hijo y no posibilitan la superación de duelos, sin superar su propio duelo.

En esa modalidad, no logrando desarrollar una imagen inconsciente sana del cuerpo, ni una aceptación al nuevo cuerpo que miran, por eso hay niños en cuerpos de adultos, sin poder hacer el duelo por su cuerpo infantil, ni por el rol infantil, pues continúan siendo vistos como niños, con necesidades, “al que hay que cuidar”, “al diferente”; los padres de la infancia, que sobreprotegen y no permiten su despliegue de identificaciones sólidas para afianzar su personalidad, quedándose en la ilusión de un como si tuvieran identificaciones; tampoco movilizan la superación del duelo por los padres de la infancia, para tener unos nuevos padres. Ni superan el duelo por la bisexualidad para asumir una heterosexualidad, pues se posterga el narcisismo primario.

## CAPITULO II

### LA DISCAPACIDAD Y CAPACIDADES DIFERENTES EN LA ADOLESCENCIA

La OMS considera que a nivel mundial el 12 % de los embarazos son de riesgo, y un 5 % de alto riesgo. De estos el 5 y 7 % de los recién nacidos presentan factores de alto riesgo neurológico; el 20 y 25 % presenta alguna anomalía psiconeuro-sensorial, teniendo como consecuencia algún tipo de discapacidad.<sup>28</sup>

En el Ecuador un estudio realizado por la Universidad Central en 1996, arroja datos en los que el 48.9 % de la población nacional presenta algún tipo de deficiencia, reconocida en su estructura o funcionamiento corporal, las discapacidades están en un 13.2 % y un 4.4% de personas presentan minusvalías.<sup>29</sup>

Considerando la clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías propuesta por la OMS, como base de investigación. En la que deficiencia es "... toda pérdida o anomalía de una estructura psíquica permanente o temporal"<sup>30</sup>. La discapacidad es "... toda restricción o ausencia debido a una deficiencia para realizar una actividad que se considera normal para un ser humano"<sup>31</sup> Y a la minusvalía como "... una situación de desventaja para una persona a consecuencia de su deficiencia o discapacidad que limita su normal desempeño".<sup>32</sup>

---

<sup>28</sup> Memoria programa: "Prevención secundaria para niños de alto riesgo psiconeural sensorial. Quito. Informe de Actividades periodo 1994-1999

<sup>29</sup> Equipo de investigación: Fase Epidemiológica- Proyecto Situación actual de los discapacitados en Ecuador (ESADE), auspiciado por el CONADIS, INNFA, ISERSO. Universidad Central. Quito, Ecuador. 1996. Pg.1

<sup>30</sup> MASSON. Clasificación internacional de Deficiencias, discapacidades y minusvalías, Ministerio de asuntos sociales. Barcelona. 1944.

<sup>31</sup> Ídem.

<sup>32</sup> Ídem.

Creo importante tener claro el concepto de deficiencia mental. La definición más amplia es aquella propuesta por la Asociación Interamericana sobre Deficiencia Mental. Se refiere al funcionamiento intelectual general, situado de modo significativo debajo del promedio que existe de manera concurrente con deficiencias en la conducta adaptativa y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo.

Voy a especificar más este concepto.

1. De modo significativo: por debajo del promedio, se refiere a que se encuentra a 2 o más desviaciones por debajo de la media de la población.
2. Funcionamiento intelectual general: se refiere a la ejecución de una prueba total de Inteligencia, que mide la capacidad cognoscitiva general, más que una faceta limitada de capacidades, como el vocabulario receptivo a las habilidades analíticas espaciales.
3. Conducta adaptativa: se refiere a la efectividad con que los individuos satisfacen las normas de dependencia personal y responsabilidad social, con respecto a lo esperado a las personas de su edad y su grado cultural. Las deficiencias en la conducta adaptativa se evalúa en relación con la etapa de desarrollo.

El término **discapacidad** enfoca la presencia temporal o permanentemente de una limitación, pérdida o disminución de las facultades físicas, intelectuales o sensoriales. En la actualidad se define como **capacidades diferentes** a lo que se llamaba comúnmente discapacidad; pero haciendo referencia a la “posibilidad en una persona de aprender y relacionarse con el mundo de diferentes maneras a las convencionales”<sup>33</sup>, por ejemplo un ciego, un sordo, o una persona con un síndrome

---

<sup>33</sup> Plan estatal de desarrollo humano y social, 2004 - 20 - 10, [www.chiguagua.gob.mx/personas con capacidades diferentes.com](http://www.chiguagua.gob.mx/personas-con-capacidades-diferentes.com)

de desarrollo o con déficit cognoscitivo; se cambio el uso de la categoría discapacidad por la categoría de persona con capacidades diferentes en medida que son una expresión de la misma humanidad, es decir hay igualdad de condición humana, con el derecho de ser también sujetos.

La discapacidad no es una enfermedad, aunque puede ser producto de ella, tampoco es un síntoma que al cabo de cierto tiempo va a desaparecer. Es una marca real, que va a acompañar a este niño, adolescente o adulto, a lo largo de la vida.

Lo fundamental es que podamos comprenderla en el sentido más amplio, para que este sujeto no se pierda o no se confunda con una pieza de un mecano que deba ser ajustado o simplemente como alguien a quien hay que quitarle o ponerle alguna tuerca.

Si solamente miramos al sujeto en su totalidad no lo discapacitaremos mas, ni nos discapacitaremos nosotros.

**Un adolescente con capacidades diferentes** es todo ser humano que manifiesta durante el período evolutivo adolescente temporal o permanentemente una limitación, pérdida o disminución de sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, para realizar sus actividades connaturales y tiene la posibilidad de aprender y relacionarse con el mundo de diferentes maneras a las convencionales, por ejemplo un ciego, un sordo, o una persona con un síndrome de desarrollo o con déficit cognoscitivo.

### **3.1. CATEGORIA DIAGNÓSTICAS**

#### **3.1.1. RETARDO MENTAL**

La Asociación Americana para la Deficiencia Mental la define como “Un funcionamiento intelectual por debajo de lo normal, que se manifiesta durante el período evolutivo y está asociado con un desajuste en el comportamiento”.

El DSM IV define el retraso mental como “la incapacidad intelectual general muy por debajo del promedio dando lugar a, o yendo asociada con, déficit o deterioro de la conducta adaptativa que comienza antes de los 18 años”.

La capacidad intelectual general se define como cociente intelectual (CI), obtenido mediante la evaluación de uno o más sujetos a través de un test general de inteligencia administrado individualmente.

La conducta adaptativa refiere la eficacia mediante la cual un individuo reúne los estándares de independencia personal y responsabilidad social, esperadas según su edad y grupo cultural.

El retraso mental indica que la persona posee una capacidad intelectual general muy por debajo del promedio dando lugar a, o yendo asociada con, déficit o deterioro de la conducta adaptativa y comienza antes de los 18 años.

## **Criterios de diagnóstico según el DSM-IV**

### **Retraso mental leve CI 50-55 a 70.**

Se los denomina los de la “etapa educable” son alrededor del 85 % de las personas afectadas por el trastorno. Suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensorio-motoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados.

### **Retraso mental moderado CI 35-40 a 50-55.**

El retraso mental moderado equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de “adiestrable”. Este grupo constituye alrededor del 10 % de toda la población con retraso mental. Adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. En su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

### **Retraso mental grave** CI 20-25 a 35-40.

Incluye el 3-4 % de los individuos con retraso mental. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias pre-académicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la “supervivencia”. Los adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisadas en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.

### **Retraso mental profundo** CI 20-25.

Incluye aproximadamente el 1-2 % de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensorio motor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

**Retraso mental de gravedad no especificada** (se utiliza cuando existe claridad sobre el retraso mental, pero no es posible verificar mediante los test).

Dependiendo del nivel de gravedad del retraso mental (discapacidad intelectual), el sujeto se puede "educar" y/o capacitar para que aprenda a vivir en la sociedad;

pueden trasladarse a lugares desconocidos o familiares, pueden aprender un oficio y trabajar en él; siempre y cuando la sociedad le dé la oportunidad de hacerlo.

El retraso mental, en la escala de medición de la inteligencia está por debajo de 70 de CI (cociente intelectual). Es la contraparte al otro extremo de la inteligencia, que es la superdotación, esta se encuentra por arriba de 130 de CI.

La clasificación de la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental para el Retraso Mental contiene 4 categorías.

1. Leve educable (66-55)
2. Moderado – entrenable (54 -40)
3. Grave entrenable dependiente (39 – 25)
4. Profundo, en custodia de por vida (< 25)

El Retardo Mental tiene factores determinantes

- a. Genéticos (p.e. anomalías cromosómicas, deficiencias hormonales).
- b. Ambientales
  - b.1. Prenatales (infecciones, irradiación)
  - b.2. Perinatales (prematureo, anoxia, daño cerebral, infección)
  - b.3. Post natales (meningitis, intoxicaciones, traumatismos, epilepsia, sociocultural)



### 3.2.2. PARÁLISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral es una condición causada por heridas a aquellas partes del cerebro que controlan la habilidad de mover los músculos y cuerpo. Cerebral significa que tiene que ver con el cerebro. Parálisis se refiere a una debilidad o problemas con el uso de los músculos.

Sólo podemos hablar de Parálisis Cerebral cuando estamos ante una alteración de base neurológica con carácter permanente pero no progresiva que se produce a lo largo de la formación del cerebro, bien sea en la etapa prenatal, perinatal o postnatal, y que lleva, fundamentalmente a un trastorno motor complejo, que puede incluir:

- Aumento o disminución del tono en determinados grupos musculares.
- Alteraciones de la postura y/o equilibrio.
- Trastornos en la coordinación y precisión de los movimientos.

A pesar de ser fundamentalmente un trastorno del movimiento y la postura, suelen concurrir con bastante frecuencia en la Parálisis Cerebral una serie de disfunciones asociadas que complican el cuadro sintomatológico. Serían las siguientes:

- Sensoriales: de visión, oído, olfato, táctiles, kinestésicas, propioceptivas.
- Perceptivas: visuales, auditivas.
- Convulsiones epilépticas.
- Intelectuales en diversos grados y formas.
- Conductuales y emocionales: hiperkinesia, ansiedad, neurosis.
- Aprendizaje: dificultades específicas o secundarias a los desórdenes.

## **Niveles de Parálisis Cerebral:**

**Parálisis cerebral leve** puede significar que el niño es torpe.

**Parálisis cerebral moderada** puede significar que el niño camina cojeando.

**Parálisis cerebral más severa** puede afectar todos los aspectos de las habilidades físicas del niño.

El niño con parálisis cerebral moderada o severa podría necesitar una silla de ruedas u otro equipo especial.

## **Tipos de Parálisis Cerebral:**

**Parálisis cerebral espástica** es una condición en la cual hay demasiado tono muscular o músculos apretados. Los movimientos son tiesos, especialmente en las piernas, brazos y/o espalda. Los niños con esta forma de parálisis cerebral mueven las piernas torpemente, girando o en salto de tijera las piernas mientras tratan de caminar. Esta forma de parálisis cerebral es la más común.

**Parálisis cerebral atetoide** (llamada también parálisis cerebral discinética) puede afectar los movimientos del cuerpo entero. Esta forma de parálisis cerebral típicamente involucra lentos movimientos incontrolados y un bajo tono muscular que causa dificultades para la persona al tratar de sentarse en forma derecha y caminar.

**Parálisis cerebral mixta** es una combinación de los síntomas descritos más arriba. Un niño con parálisis cerebral mixta tiene tonos musculares altos y bajos. Algunos músculos son demasiado apretados, otros demasiado sueltos, creando una mezcla de rigidez y movimientos involuntarios.

### 3.2.3. SÍNDROME DE DOWN

Alteración genética causada por la triplicación de material genético correspondiente al cromosoma 21. Se manifiestan ciertas alteraciones morfológicas (rostro, ojos, lengua, nariz, manos, etc.) Estos niños tienen una anomalía cromosómica que implica perturbaciones de todo orden. Aparece por la presencia de 47 cromosomas en las células, en lugar de los 46 que se encuentran en una persona normal. Estos 46 cromosomas se dividen en 23 pares, 22 de ellos formados por autosomas y un par de cromosomas sexuales. El niño normal recibe 23 pares de cromosomas, uno de cada par de su madre y el otro de cada par de su padre. En el momento de la fecundación, los 46 cromosomas se unen en la formación de la nueva célula, agrupándose para formar los 23 pares específicos. El óvulo fecundado en esta única célula crece por división celular; los cromosomas idénticos se separan en el punto de estrangulación y cada uno de ellos integra una nueva célula. De esta manera, las células formadas mantienen los 46 cromosomas de manera constante hasta formación completa del embrión. El niño con síndrome de down, la división celular presenta una distribución defectuosa de los cromosomas: la presencia de un cromosoma suplementario, tres en lugar de dos, en el par 21; por eso, se denomina también trisomía 21. Se produce una discapacidad psíquica que varía según los casos.

**La percepción en el síndrome de down.-** la percepción es un proceso complejo que principalmente consiste en la recogida y posterior interpretación de la información que nos llega a través de los sentidos. Es decir el proceso perceptivo es ante todo organización y análisis de los datos recibidos por: el individuo provenientes del medio externo o interno. Con frecuencia el niño con síndrome Down se enfrenta a una tarea que tiene que aprender y no dispone de un mecanismo de estructuras mentales para la adecuada asimilación del mundo perceptivo.

**La atención en el síndrome de down.-** al describir las características cognitivas, el niño con síndrome Down presenta déficits en cuanto a la posibilidad de creación de hábitos de fijación, focalización y movilización de la atención. Conviene recordar la

estrecha relación que ésta tiene con las siguientes áreas de desarrollo: a. Con la percepción, visual y auditiva. b. Con la psicomotricidad, fundamentalmente con la relajación. c. Con el lenguaje, sobre todo en cuanto al oral.

**La memoria en el síndrome de down.-** la memoria es el resultado evidente de la adecuada discriminación y reconocimiento de los estímulos visuales, auditivos táctiles y motores. Por otra parte, podemos considerarla como un aspecto de la organización de los datos provenientes de la percepción y por tanto, como la capacidad que permite el reconocimiento y recuerdo de objetos, situaciones o hechos. Los déficits que el niño con síndrome de Down presenta en cuanto a la percepción (rapidez perceptiva, capacidad de discriminación visual y auditiva, etc.) y la atención, ambos requisitos fundamentales para posibilitar una retención memorística adecuada. Además nos encontramos con las dificultades específicas existentes en cuanto a su capacidad para organizar los materiales.

### **3.2. POLÍTICA SOCIAL EN EL ECUADOR**

Considerando que es obligación del Estado ejecutar acciones tendentes a prevenir y atender los problemas de discapacidades y procurar la integración social de las personas con discapacidad. Se requiere coordinar las acciones que los organismos y entidades de los sectores públicos y privados realizan para atender los problemas relacionados con las discapacidades; y, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales expide la siguiente. Los niños, niñas y adolescentes, constituyen un sector importante de la población ecuatoriana. La Constitución vigente, aprobada mediante referéndum del 28 de septiembre del 2008<sup>34</sup>, consagra los **derechos** para este grupo dentro del capítulo tercero que nos habla de las personas y grupos de atención prioritaria.

---

<sup>34</sup>. Constitución de la República del Ecuador. Aprobada en referéndum del 2008, Ley N.- 27337 <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/27337.pdf>

Es así que en el art. 44 de la Constitución se establece como obligación del estado brindar protección, apoyo y promover el desarrollo integral, de **Niños Niñas y Adolescentes**, con un proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.”

En el art. 45 del mismo cuerpo legal, se manifiesta que los niños, niñas y adolescentes gozan de los derechos comunes al ser humano, como son el respeto a la vida, libertad, a la no discriminación, libertad de asociación, etc.; así como también a los que son específicos para su edad. En el segundo inciso se establece que “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.”

**3.2.1. DE ACUERDO AL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA**<sup>35</sup>, en el Título tercero, hace referencia de una manera más detallada sobre los derechos, garantías y deberes; dividiéndolos en cuatro grandes grupos así:

- Derechos de supervivencia
- Derechos relacionados con el desarrollo
- Derechos de protección
- Derechos de participación

---

<sup>35</sup> Código de los niños y adolescentes <http://www.derechoecuador.com>

### **3.2.1.1. Derechos de supervivencia:**

- A la vida
- A conocer a sus progenitores y mantener relaciones afectivas personales, regulares, permanentes con ellos y sus parientes.
- A tener una familia y a la convivencia familiar, niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse con su familia biológica excepto cuando esto sea imposible o vaya en contra de su interés superior.
- Protección prenatal
- A la lactancia materna, para asegurar el vínculo afectivo con su madre y un adecuado desarrollo y nutrición.
- Atención en el embarazo y parto, en condiciones adecuadas, tanto para el niño o niña como para la madre, especialmente en caso de madres adolescentes.
- A una vida digna, en condiciones socioeconómicas que permitan su desarrollo integral, una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente; recreación y juegos, a educación de calidad, vestuario y vivienda con todos los servicios básicos.
- A la salud, acceso permanente a servicios de salud públicos y medicinas gratuitas.
- A la seguridad social, a sus prestaciones y servicios.
- A un medio ambiente sano.

### **3.2.1.2. Derechos relacionados con el desarrollo:**

- A la identidad, a un nombre, nacionalidad, relaciones de familia.
- A conservar, desarrollar, fortalecer y recuperar la identidad cultural, así como los valores espirituales, culturales, religiosos, lingüísticos, políticos y sociales. Se deberá respetar la cultura de pueblos indígenas y negros o afro

ecuatorianos, su cosmovisión, realidad cultural y conocimientos de cada pueblo o nacionalidad.

- A la identificación, deberán ser inscritos de manera inmediata y con los correspondientes apellidos paterno y materno.
- A la educación que sea de calidad, respete la cultura del lugar, convicciones éticas, morales, religiosas. La educación pública es gratuita y laica. Las instituciones educativas deberán brindar este servicio con equidad, calidad y oportunidad. Los padres y madres tienen la obligación de matricular a sus hijos e hijas en planteles educativos y elegir la educación que más les convenga. Queda prohibido la aplicación de sanciones corporales, psicológicas que atenten a la dignidad de los niños, niñas y adolescentes, la exclusión o discriminación por una condición personal o de sus progenitores.
- A la vida cultural, a participar libremente en expresiones de carácter cultural.
- A la información, a buscar y escoger información, que sea adecuada, veraz, pluralista y que brinde orientación y educación crítica.
- A la recreación y al descanso, al deporte, a la práctica de juegos en espacios apropiados, seguros y accesibles, y en especial de juegos tradicionales.

#### **3.2.1.3. Derechos de Protección:**

- A la integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. se prohíben los tratos crueles, degradantes o tortura.
- A la libertad personal, dignidad, autoestima, reputación, honor e imagen propia.
- A la privacidad, inviolabilidad del hogar y las formas de comunicación. Tienen derecho a que se respete la intimidad de su vida familiar y privada, inviolabilidad de domicilio correspondencia, comunicación electrónica y telefónica, o cualquier intromisión de manera ilegal o arbitraria, se exceptúa la vigilancia natural de los padres, madres y maestros.
- A la reserva de la información sobre antecedentes penales, no se hará pública la información sobre antecedentes policiales o judiciales, en el caso que los o

las adolescentes hubiesen sido investigados o privados de la libertad por el cometimiento de una infracción penal.

- A que los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales gocen de los derechos que les permita un desarrollo integral de las capacidades y el disfrute de una vida digna, plena y con la mayor autonomía posible. Además deberán ser informados de las causas, consecuencias y pronóstico de su discapacidad.
- Los hijos e hijas de personas privadas de la libertad, que no gocen de su medio ambiente familiar, el Estado deberá brindarles protección y asistencia especial.
- A protección especial en caso de desastres y conflictos armados; se tomará medidas de atención prioritaria como son: evacuación de la zona afectada, alojamiento, alimentación, atención médica y medicinas. Está prohibido la participación o reclutamiento de niños, niñas o adolescentes en conflictos armados internos o internacionales.
- Los niños, niñas y adolescentes refugiados tienen derecho a recibir atención humanitaria que permita el disfrute de sus derechos.

#### **3.2.1.4. Derechos de participación:**

- A la libertad de expresión, buscar, recibir, difundir ideas salvo aquellas que atenten el orden público, la salud, la moral pública o los derechos y libertades de las demás personas.
- A ser consultados en asuntos que les afecte.
- A la libertad de pensamiento, conciencia y religión
- A la libertad de reunión de manera pública y pacífica.
- A la libertad de asociación con fines lícitos, sin fines de lucro, especialmente para asociaciones estudiantiles, deportivas, culturales, laborales o comunitarias.



### **3.2.1.5. DEBERES DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Todos y todas las ciudadanas en nuestro país tenemos derechos que deben ser respetados en todas las instancias, pero así también la Constitución y la legislación secundaria nos dan deberes u obligaciones que debemos cumplir. En este sentido, también los niños, niñas y adolescentes tiene deberes comunes a las y los ciudadanos ecuatorianos, compatibles a su edad y condición, éstos se encuentran establecidos en el art. 64 del Código de la Niñez y Adolescencia y son:

- Respetar la Patria y sus símbolos
- Mantener la identidad nacional, respetar la pluriculturalidad, conocer la realidad del país, a ejercer y defender sus derechos y garantías.
- Respetar los derechos y garantías de los demás.
- Practicar de valores como respeto, solidaridad, tolerancia, paz, justicia, equidad y democracia.
- Ser responsables en la educación
- Ser honestos y responsables en el hogar y en la escuela, colegio o cualquier institución educativa.
- Respetar a padre, madre, maestros y personas que sean responsables de su educación y cuidado.
- Cuidar y preservar el medio ambiente y los recursos naturales.

### **3.2. 2. LEY SOBRE DISCAPACIDADES N° 180 EN EL ECUADOR<sup>36</sup>**

Art. 1.- El objetivo de la presente Ley establece un sistema de prevención de las discapacidades, de atención e integración de las personas con discapacidades, que les permita equiparar las oportunidades para desempeñar en la comunidad un rol equivalente que ejercen las demás personas.

---

<sup>36</sup> [www.conadis.gob.ec/docs/leydiscapacidades.pdf](http://www.conadis.gob.ec/docs/leydiscapacidades.pdf)

Art. 2. PERSONAS AMPARADAS- Esta ley ampara a todas las discapacidades sensoriales físicas y mentales sea por causa genética, congénita o adquirida, quienes gozarán de sus beneficios.

Art. 3. ALCANCE.- La presente Ley abarca todo lo relativo a prevención, Atención a la integración social de las personas con discapacidad.

Art. 4. PREVENCIÓN- La prevención de discapacidades está relacionada con todas las medidas preventivas destinadas a:

- a) Reducir la aparición de deficiencias (prevención primaria);
- b) Limitar o anular la incapacidad producida por la deficiencia (prevención secundaria) y,
- c) Prevenir la transición a discapacidad o minusvalidez (prevención terciaria).

Art. 5. ATENCIÓN- La atención comprende todas las medidas de salud, educación y bienestar social, orientadas a reducir los efectos de las afecciones que producen discapacidad, para facilitar a las personas con discapacidades su integración social a través de:

- a) Detección oportuna.
- b) Atención precoz y eficaz.
- e) Rehabilitación médico-psicopedagógica, institucional y/o comunitaria.
- d) Educación regular y especial a través de sus diferentes modalidades, y,
- e) Formación, capacitación y perfeccionamiento de personal especializado para la prevención y atención de las discapacidades.

Art. 6. INTEGRACIÓN SOCIAL.- Se orienta a la equiparación de oportunidades para satisfacer las necesidades sociales de las personas con discapacidad, a través de medidas como las siguientes:

- a) Sensibilización a la familia y la comunidad sobre los derechos de las personas con discapacidades,
- b) Eliminación de barreras físicas, psicológicas, sociales y comunicacionales.
- e) Formación, readaptación, capacitación, restitución o reubicación ocupacional en relación al mercado laboral formal o informal:

- d) Establecimiento de estímulos a las empresas que contraten a personas con discapacidad,
- e) Concesión de créditos presenciales, líneas de crédito, subsidios y becas para programas de salud, trabajo, producción, vivienda y educación a las personas con discapacidad;
- f) Creación de mecanismos que faciliten la accesibilidad de las personas con discapacidades elementos ortésicos, protésicos y otros.
- g) Establecimiento de facilidades y tarifas preferenciales en la transportación;
- h) Exenciones tributarias:
- i) Educación en establecimientos regulares con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o creación de programas de educación especial para aquellos que no puedan asistir a establecimientos regulares de educación, en razón del grado de su discapacidad;
- j) Creación de un sistema especial de seguridad social para las personas con discapacidad a cargo del instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y del Estado;
- k) Fomento de las actividades culturales, deportivas, recreacionales, de las personas con discapacidades y,
- l) Organización y fortalecimiento de los gremios de personas con discapacidad y de las asociaciones de padres que las representen.

Art. 7. CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES. Créase con sede en la ciudad de Quito el Consejo Nacional de Discapacidades, como persona jurídica de derecho público con autonomía operativa, patrimonio propio y presupuesto especial.

### **3.2.2.1. RESPECTO A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES**

Art. 22. DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES  
El niño y el adolescente con discapacidad física, sensorial, intelectual o emocional, tienen derecho a recibir cuidados y atención adecuados, inmediatos y continuos, que contemplen estimulación temprana y tratamiento educativo especializado, tendiente a su rehabilitación e integración social y laboral, que le permitan valerse por sí mismos

y participar de la vida de su comunidad en condiciones de dignidad e igualdad. En ningún caso se permitirá la discriminación o el aislamiento social de los afectados.

Art. 23. DE LA ATENCION Y REHABILITACION OBLIGATORIA  
Es obligación del padre, la madre, el tutor o el responsable del niño o adolescente con necesidades especiales, acompañarlo cuantas veces resulte necesario a los institutos habilitados para prestarle servicios de atención y rehabilitación adecuados.

La persona que esté en conocimiento de la existencia de un niño o adolescente con necesidades especiales que no reciba tratamiento, debe comunicarlo a las autoridades competentes.

Art. 28. Formular programas especiales de educación y capacitación para personas discapacitadas, a fin de fomentar su participación social y laboral, en defensa de su necesidad de sentirse útiles a la sociedad.

Art. 29. Promover políticas públicas de asistencia a personas discapacitadas que tengan que ver con las normas relativas al acceso de las mismas a los mercados de trabajo y a las carreras profesionales, en los sectores público y privado.

Art. 62 DEL EMPLEO DE ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

Los adolescentes con necesidades especiales no podrán ser discriminados laboral ni salarialmente.

Los adolescentes con necesidades especiales idóneos para el ejercicio de las funciones que requiere un puesto de trabajo, deberán ser privilegiados en su admisión, por todo ente público.

La Secretaría Nacional de la Niñez impulsará programas de incentivo para promover la contratación de adolescentes con necesidades especiales.

## **CAPITULO IV**

### **CONFIGURACIÓN PSICOSEXUAL EN ADOLESCENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES**

Sigmund Freud formulo dos teorías sobre la constitución del aparato psíquico, la primera fue en el año 1900, luego en 1923 la reformulo, creando otra conceptualización más amplia. Las primeras concepciones sobre la neurosis, la teoría de los sueños, las hipótesis sobre el funcionamiento mental en el chiste, el estudio de los olvidos, de los actos fallidos, etc. llevaron a Freud a la convicción de que en el psiquismo humano actuaban 3 sistemas distintos, o que había 3 niveles de profundidad diferentes. Es decir, Freud piensa que la mente está dividida en 3 zonas, provincias psíquicas, regiones o sistemas. Estos tres sistemas era una forma de decir, sin embargo muchas personas tienen la impresión de que dichos nombres designan zonas posibles de ser localizadas en algún lugar del cerebro. En realidad esta forma de describirlo gráficamente es por comodidad didáctica, porque en la práctica todo es dinámico y es complejo encontrar zonas exactamente definidas.

Al dejar establecido que en la mente humana hay pensamientos conscientes y pensamientos inconscientes Freud establece un gran adelanto en la ciencia en general, que hasta ese momento pensaba que solo había pensamiento consciente.

También queda establecido que un proceso psíquico, digamos un pensamiento o conjunto de ellos; puede en un momento ser consciente y luego hacerse inconsciente, o viceversa. Lo inconsciente sería como una gran cámara en la que se acumulan todas las tendencias psíquicas, hay otro gran salón que llamamos la conciencia, y entre ambos salones hay un centinela que permite o no el paso de lo inconsciente a lo consciente. Ese centinela es la censura. Las tendencias rechazadas por la censura son reprimidas y no pueden ingresar en la conciencia.

#### 4.1. EL APARATO PSIQUICO

Freud elabora su "primera tópica" en los últimos años del siglo XIX, la cual revisará nuevamente en 1920 (después de la cual no queda anulada la primera, sino que sería sustituida por la segunda corregida), Freud llamó "Sistemas", en su primera elaboración, a los "procesos psíquicos", en su elaboración revisada.

Dentro de la **primera tópica** encontramos: el **inconsciente**, el **preconsciente**, y el **consciente**.

**EL INCONSCIENTE:** Es la zona descubierta y en parte explorada por Freud, la cual él explica como aquellas representaciones latentes de las que tenemos algún fundamento para sospechar que se hallan contenidas en la vida anímica, más adelante Freud profundiza afirmando:

"Una representación inconsciente será entonces una representación que no percibimos, pero cuya existencia estamos, sin embargo, prontos a afirmar, basándonos en indicios y pruebas".<sup>37</sup> Partiendo del hecho clínico de la resistencia que mostraban sus pacientes al concienciar ciertos contenidos representativos de los que no tenían la menor idea.

Freud explica:

Nuestra cotidiana experiencia personal nos muestra ocurrencias cuyo origen desconocemos y resultados de procesos mentales cuya elaboración ignoramos. Todos éstos actos conscientes resultarán faltos de sentido y coherencia si mantenemos la teoría de que la totalidad de nuestros actos psíquicos ha de sernos dada a conocer por

---

<sup>37</sup> FREUD, Sigmund. *Autobiografía*. Editorial Alianza Madrid 1970, p.55

nuestra consciencia y, en cambio, quedarán ordenados dentro de un conjunto coherente e inteligible si interpolamos entre ellos los actos inconscientes deducidos."<sup>38</sup>

Freud va captando progresivamente las características extrañas que presentan los contenidos de ese oculto sistema, especie de escenario fantasmal ("la otra escena", en contraposición al campo de la consciencia) donde los representantes ideáticos de las pulsiones instintivas, se les prohibió una normal expresión consciente.

Sus contenidos están constituidos por representaciones de las pulsiones instintivas, en forma de fantasías, ideas, deseos.

No sigue la lógica normal consciente, sino más bien las del deseo pulsional. Se revela a través de los sueños, los errores al hablar, los lapsos de la memoria.

Estos contenidos están cargados de energía instintiva, dotada de gran movilidad: por una parte, se producen desplazamientos y condensaciones; y, por otra parte, se empeñan en retornar a la conciencia, tropezando entonces con la barrera de la censura defensiva, no pudiendo acceder a los sistemas preconcientes y conscientes sino "disfrazados" (en forma de compromiso o transacción) entre dos impulsos optativos inconciliables.

El inconsciente parecería como estratificado (en distintas capas más o menos profundas), estando entre las más profundas los contenidos reprimidos en la infancia, se encuentran las vivencias sexuales infantiles.

**EL PRECONSCIENTE:** es el sistema situado entre el inconsciente y el consciente, separándole de aquél, la censura.

Consiste en recuerdos latentes, los cuales pueden irrumpir deliberadamente en la conciencia o surgir por asociación con la estimulación externa. No tienen prohibido el paso a la consciencia, en cuanto que no han sido rechazados o expulsados de ella por la represión.

---

<sup>38</sup> FREUD, Sigmund, *El yo y el ello*. P. 25

Se rigen por el proceso consciente y sus representaciones están ligadas al lenguaje verbal. El normal almacenaje de información en la memoria se haría en el preconscious.

**EL CONSCIENTE:** coincide con la conciencia.

Estar consciente es darse cuenta de la estimulación externa o de revivir las experiencias internas.<sup>39</sup>

En la **segunda tópica**, la definitiva, Freud presenta un carácter más antropomórfico del "aparato psíquico"; la personalidad estaba dividida en 3 sistemas en lucha: **Id, Ego, Super ego.**

**ELLO:** es el inconsciente. Cuando nace el niño es el puro ello, el puro instinto. El ello seguía por el principio del placer. El principio del placer determina que el instinto sea saciado y al momento.

**YO:** es la parte racional y se va generando a partir de la interacción con la realidad. El yo por tanto tiene la misión de ir domesticando el ello. El yo se rige por el principio de la realidad, es decir, hay que satisfacer al ello pero de una manera apropiada y realista. (Yo fuerte / Yo débil). Además de su conciencia y de aspectos preconscious, tiene una parte defensiva inconsciente, que son los mecanismos de defensa.

**SUPER YO:** El superyó busca la perfección y busca la autocrítica. Y asimila los valores morales de los padres; ejerce así su dominio "sobre" el YO, "castigándolo"

---

<sup>39</sup> Resumen en base a DICAPRIO, N. *Teorías de la personalidad*. Segunda Edición Ed. McGraw-Hill. México. 1989. p 81



con el sentimiento de culpabilidad y desaprobación cuando intenta transgredir dichas normas, ahora interiorizadas, como resultado del Complejo de Edipo.

El factor principal del origen del Superego parece ser la identificación parental, sobre todo con la figura del padre, no sólo en cuanto al individuo particular, sino como representante o símbolo cultural: esto produciría en el YO dos aspectos: como instancia crítica y prohibidora, por un lado; y como Ideal del YO.

En síntesis, estableciendo una relación entre la primera tópica y la segunda, diríamos que: el ELLO es lo totalmente inconsciente; el YO tiene partes inconscientes, preconsciouses y consciouses; y el SUPERYO parte preconsciouses e inconsciouses.

#### 4.2. ESTRUCTURACIÓN PSÍCOSEXUAL

En base a los postulados freudianos sobre la sexualidad humana, la sexualidad infantil, la metamorfosis de la pubertad y la primera y segunda tópica. Freud nos muestra que la actividad sexual humana es pulsional, fuerza motivadora fundamental de todo comportamiento humano y enormemente variable; “es la representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomáticos en continuo fluir”<sup>40</sup>

El concepto de pulsión se deslinde del trabajo de la vida anímica, respecto de lo corporal. Hay distinción entre pulsiones por su relación con sus fuentes (excitación del órgano) y sus metas (cancelar excitación).

El principio de la sexualidad infantil, responde a la búsqueda de placer innata; lo que rompe con el mito de la inocencia infantil. **La vida humana se rige por la vida pulsional.** Aunque el objeto del psicoanálisis es el inconsciente, nunca olvida que el psiquismo implica que haya organismo. Se distinguen dos tipos de excitaciones: las externas, de las que el individuo puede huir y las internas que son continuas e inevitables, porque son intrínsecas. Estas últimas, como por ejemplo el hambre son las que denomina “pulsiones”, para Freud es un concepto límite entre lo psíquico y lo

---

<sup>40</sup> FREUD, Sigmund, Obras completas. *Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*, Vol. 7, Argentina, 1992, p 153.

somático, es decir que **la pulsión es representante psíquico de las excitaciones nacidas en el interior del cuerpo y que llegan al psiquismo**. En la pulsión hay cuatro aspectos básicos:

- a) origen- fuerza o impulso de la pulsión
- b) fuente.- proceso orgánico y lugar donde se pone en marcha la excitación. (órgano)
- c) fin.- satisfacción pulsional
- d) objeto.- lo que da variabilidad al ser humano; puede ser el otro, uno mismo, un objeto real o imaginario.

La sexualidad está vinculada a toda actividad corporal; **La energía sexual o “libido” hace que comience el desarrollo psicosexual desde la infancia, pubertad y adultez**

La libido se considera una fuerza susceptible de variaciones cuantitativas. Y cualitativas que intervienen en la excitación sexual, dada por todos los órganos del cuerpo. La libido yoica (narcisista) surge en la primera y segunda infancia; y la libido de objeto en la pubertad.

Previo al establecimiento de la sexualidad adulta normal, durante la infancia el desarrollo psicosexual se basa en el desarrollo de pulsiones parciales, y solo si éstas se resuelven bien, éstas se integran en la sexualidad adulta normal. **Las pulsiones parciales son “aspiraciones automáticas separadas del principio de la actividad sexual erógena”<sup>41</sup> y están relacionadas a zonas erógenas;** por lo tanto la meta sexual infantil es producir satisfacción mediante la estimulación apropiada de la zona erógena; esa satisfacción tiene que haberse vivenciado antes, (como con la ingesta de leche, se establece la oralidad)

Así la libido en el desarrollo psicosexual es referido a dos aspectos: por un lado las zonas erógenas van adquiriendo importancia según la etapa en que estén; por otro lado, el tipo de relaciones objetales que se establecen en cada una de las diversas

---

<sup>41</sup> FREUD, Sigmund. Op. Cit. p. 174

etapas. Según el tipo de relaciones se irá estructurando la personalidad y las relaciones de objeto. Hay tres etapas en este desarrollo inicial:

**Etapa oral:** etapa de la lactancia. Todo el placer, todo el interés está centrado en la zona de la boca. El niño experimentará placer con todo lo relacionado a la boca.

**Etapa anal:** desde la lactancia hasta los 3 años y todo el interés se centra en el control y autocontrol de los esfínteres. El niño empieza a tener autonomía.

**Etapa fálica:** Desde los 3-4 años a los 6. El centro del placer se establece en el falo. Los varones experimentan orgullo por tenerlo y las mujeres lo envidian. Aquí se sitúa el Complejo de Edipo, que ocurre alrededor de los 3 años. Donde hay interés por la zona genital. Por quien tiene o no tiene pene. (Lo observable externamente). Ajunto a este proceso se acciona la barrera del incesto que prohíbe la elección de personas consanguíneas como objetos de amor; con la acción de la ley; lo detallaremos más adelante.

Hay influencia directa del proceso de desarrollo de la sexualidad infantil en el desarrollo psicosexual adolescente y adulto y en la estructuración psíquica.

Las exteriorizaciones de la pulsión sexual ocurren con la estimulación en las **zonas erógenas: la boca, la piel, el ojo, la mano**. El chupeteo es el contacto de succión con la boca repetida y rítmicamente; que no tiene por fin la nutrición (mamando); lleva a un adormecimiento o a una reacción motriz, en una suerte de orgasmo. Su meta es la incorporación de objeto (introyección).

El autoerotismo es la satisfacción de la pulsión en el propio cuerpo y no en otro objeto; el niño ya no se sirve de un objeto ajeno para mamar prefiere una parte de su

propia piel porque le resulta más cómodo; porque así se independiza del mundo externo que aun no lo puede dominar, “no hay un objeto externo su meta sexual es una zona erógena”<sup>42</sup>.

Se puede acompañar con el frotamiento de lugares sensibles del cuerpo, el pecho, los genitales; eso en el caso de paso del chupeteo a la masturbación. Donde actúan las pulsiones parciales, las que tratan de hallar placer cada una por su cuenta.

Desde los 3 a 5 años aparece la investigación sexual infantil, su acción está en relación sublimada de apoderamiento y con la energía de la pulsión de ver; los niños pequeños pueden exhibir sus genitales sin problema y hasta tienen interés por los genitales de sus compañeros de juego.

Hay interés práctico en la actividad investigadora del niño, se cuestiona de donde vienen los niños; al mismo tiempo los niños ven que hay diferentes generaciones (grandes y pequeños) y una diferencia de sexos (masculinidad y feminidad); los niños fantasean lo que observan, Y se distinguen los niños de las niñas, por su corporeidad, fantasías y superación de la etapa edípica; el énfasis está en el tipo de relación que van estableciendo durante sus primeros años de vida; las tapas son contiguas y se superponen unas con otras. La sexualidad infantil tiene desde la cuna un contenido incestuoso más relevante en el momento edípico; la situación edípica es cuando uno de los padres se convierte en objeto de deseo adjunto a las relaciones psíquicas eróticas. La madre es el primer objeto de deseo para ambos porque es quien calma y consuela.

En el niños sus emociones son en que la madre solo tenga ojos para él, y el padre se convierte en rival, se hace ambivalente, por un lado lo admira y por el otro le molesta y le lleva a poner en marcha sus fantasías; con el miedo a que el padre le descubra y

---

<sup>42</sup> Idem, p. 164.

se venga se activa la angustia de castración que se asocia a la percepción de la falta de pene en la niña, le genera angustia el poderlo perder; supone que todos tienen pene como fantasía frente al temor de perderlo; realiza una negación de la realidad iniciando el uso de los mecanismos de defensa, pensando a la niña ya le saldrá, posteriormente al no responder a lo que ven, dicen yo si tengo ellas no.

Para el niño superarlo es identificarse (segundo mecanismo) con el padre y renunciar a la madre. En la niña se produce una decepción debida a la falta del pene, que le hace separarse de la madre y tome interés por el padre, “envidia del pene”; niega la realidad (primer mecanismo de defensa), con la idea de que tiene pene y lo ha perdido, mantiene la idea de recuperarlo; entra entonces en la triangulación, viendo con interés al padre. La situación que vive con la madre es ambivalente y tiene miedo a renunciar al amor de la madre; para la niña superar el complejo de Electra es identificarse con la madre y renunciar al padre. Este concepto de identificación es lo que marca la futura elección de objeto. Ahora enfoquemos el tema de la elección de objeto, para completar el cuadro de la vida sexual infantil.

Ya en la niñez se consuma una elección de objeto, como la que hemos supuesto característica de la fase desarrollo de la pubertad. El conjunto de los afanes sexuales se dirigen a una persona única y en ella quieren alcanzar su meta. He ahí pues, el máximo acercamiento posible en la infancia a la conformación definitiva que la vida sexual presentará después de la pubertad<sup>43</sup>.

Se comprende que la vida sexual adulta es la conformación de la elección de objeto temprano, la misma que es base de la elección de objeto en la adolescencia. Por tanto la elección de objeto tiene dos tiempos; el primero de los 2 a los 5 años, se detiene en el período de latencia; y el segundo en la pubertad que determina la conformación definitiva de la vida sexual. La amnesia infantil al servicio de la represión es la

---

<sup>43</sup> Sigmund F. Opt. cit. p. 181

culpable de no concederle al periodo infantil en cuestiones sexuales la importancia que se merece.

De los 0 hasta los 6 u 8 años ocurre la amnesia infantil, en que se conserva solo jirones incomprensibles, de las reacciones con vivacidad, exteriorización de dolor y alegría de una manera humana, celos y otras pasiones. En ningún otro período de la vida la capacidad de reproducción y de recepción es mayor que en los años de la infancia. Esas mismas impresiones dejaron las más profundas huellas en la vida anímica y pasaron a ser determinantes para todo desarrollo posterior. Sin embargo ocurre una amnesia, que no es desaparición real sino un apartamiento de conciencia o represión. Que coincide con el período de latencia sexual de la infancia; en donde las nociones sexuales sufren una progresiva sofocación.

En este período surgen las inhibiciones sexuales, en que la pulsión sexual angostará su curso a la manera de unos diques. (El asco, el sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales, la estética, y moral). La educación contribuye. A expensas de las mociones sexuales infantiles cuyo flujo no ha cesado, surgen las construcciones culturales, la energía sexual es desviada del uso sexual y aplicada a otros fines. Denominada formación reactiva y sublimación, que tienen su inicio en el período de latencia sexual infantil. De tal forma que en toda actividad, meta o fin interviene una carga energética desviada del uso sexual, cuyo origen es sexual. Se observa en lo cotidiano; inhibido por el asco, la vergüenza, estético y cultural. A través de mecanismos de represión. Se conserva en sublimación la práctica sexual hasta el estallido de la pulsión sexual en la pubertad, surge la ruptura del período de latencia, sin embargo la educación persigue como vicio todas las exteriorizaciones sexuales del niño, pero interesarnos por todas estos fenómenos temidos por la educación posibilita el esclarecimiento de los elementos que integran la psicosexualidad humana.

Ahora detallemos la barrera del incesto; el niño logra la elección de objeto en la madurez; cuando la ternura de los padres no ha despertado la pulsión sexual prematuramente, es decir antes que estén listas las condiciones propias de la pubertad;

la barrera del incesto permite la elección de preceptos morales y otras inhibiciones sexuales (etapa de latencia); que excluyen la elección de objeto por su calidad de parientes consanguíneos, a las personas amadas en su infancia.

En la pubertad surge una nueva meta sexual, para alcanzarla todas las pulsiones parciales cooperan a la par que las zonas erógenas se subordinan al **primado genital**, en este período la meta sexual asigna a los 2 sexos funciones diferentes. Para la obtención de placer el muchacho puede descargar conductos genésicos al final del acto; esta meta sexual se une a la función reproductiva y lo esencial en la pubertad es el crecimiento de los genitales externos e internos, hay además una excitación sexual de estados anímicos y somáticos. Por tanto la sexualidad se prepara para la gestación, condiciones que sólo se instalan en la pubertad.

El proceso de elección y pérdida de objeto se da en relación a: el pecho materno, el autoerotismo, la latencia, la penetración. Ya que durante la pubertad la elección de objeto revive la preferencia por el padre o madre, se ve la importancia de los vínculos infantiles; pero esta inclinación tendrá una senda renovada en la pubertad.

“El respeto de la barrera del incesto es una exigencia cultural de la sociedad: tiene que impedir que la familia absorba unos intereses que le hacen falta al muchacho para establecer unidades sociales superiores, y por eso en todos los individuos, pero esencialmente en los muchachos adolescentes; echa mano a todos los recursos para aflojar los lazos que mantienen con su familia; únicos decisivos en la infancia”.<sup>44</sup>

Por tanto la adolescencia hace uso de la barrera del incesto para alcanzar diferenciación de sus padres; autonomía y relaciones sociales superiores. Y el desarrollo psicosexual suscita en la etapa de la niñez temprana y de la adolescencia, bajo el modelo de las fases psicosexuales de la primera infancia, teniendo un Ello fuerte frente a un Yo relativamente débil, la necesidad urgente de enfrentarse a una

---

<sup>44</sup> SIGMUND, F. Op. Cit. p. 205

nueva condición de la pubertad evoca todos los modos de excitación, tensión, gratificación y defensa que jugaron un papel en los años previos.

Así también los complejos fenómenos de la adolescencia están contruidos sobre antecedentes específicos que residen en la niñez temprana, gobernada por el placer-dolor, los impulsos instintivos alistan el aparato perceptivo motor para la reducción de la tensión, a consecuencia de esto el niño se relaciona con su ambiente, del cual depende la satisfacción de sus necesidades, buscando una homeóstasis psicosomática durante el período de crecimiento hasta la maduración del cuerpo y del aparato psíquico -buscando una diferenciación e integración progresiva de la personalidad- , acomodando los estímulos tanto externos como internos, buenos y malos.

La función de regular la angustia la desempeñan los padres, principalmente la madre y pasa al dominio del niño a medida que desarrolla la fantasía y las actividades calmantes –mamar, masturbarse, el juego y los movimientos corporales- pasando a formar parte de la voluntad del niño, de ahí que el niño busque nuevas formas para manejar su angustia, formas en que las actividades lúdicas con contenido de fantasía y significación psicológica adquieren gran importancia. La distinción entre realidad interna y externa, del Yo y no Yo, indican la creciente separación de su madre y la disminución de la dependencia, iniciando la individuación.

Consideremos que a los 2 – 3 años, la movilidad, el lenguaje y las experiencias sociales amplían el espacio vital del niño y le hacen darse cuenta de su deseo de ser como otros, principalmente como sus padres o como sus hermanos. Este paso hacia adelante hace que el niño de 4 a 5 años desee ocupar el papel de su padre o su madre. El niño cree que al apoderarse del papel del padre del mismo sexo, le permitirá obtener los atributos del padre desplazado, atributos que admira y envidia en gran medida. Sin embargo la realidad le hace ver que obtener esos deseos es fútil, y acepta de mala gana, la promesa de que el futuro, le traerá la satisfacción que por el momento debe abandonar. El niño preserva en forma permanente sus aspiraciones y



sus derrotas al hacer al padre parte de sí mismo; de ahí que el Súper Yo haya sido definido como “el heredero del complejo de Edipo”.

Al período que está colocado entre el temprano florecimiento de la sexualidad genital se le conoce como periodo de latencia. “Termina la dependencia completa en los padres y la identificación empieza a tomar el lugar del objeto amoroso” (A. Freud, 1936)

En consecuencia, el aprendizaje formal y la vida de grupo atraen más la atención del niño, la conciencia social lleva al niño más allá de los límites de la familia, mientras el núcleo familiar continúa ejerciendo su influencia; éste niño en período de latencia adquiere fuerza y competencia para manejar la realidad y los instintos (sublimación) con el apoyo de las influencias educativas, finalmente el requisito para que surja el proceso adolescente es pasar con éxito a través del periodo de latencia.

Consideremos que la configuración psicosexual es la misma para todo ser humano, sin embargo existen vicisitudes en la estructuración psíquica de personas con capacidades diferentes, por la dinámica familiar, temores y angustias que se movilizan.

Deseos y demandas se inscriben aún antes del nacimiento y por ello, desde el momento que un bebé ocupa un lugar en la cadena de significantes de los padres, nuestra sociedad a veces, arroja al vacío de la indiferencia al niño con marco orgánica. Estudios médicos interminables o técnicas de tratamiento van alejando al niño del goce de los padres. Llegando los padres realmente a no saber cómo es ese hijo, que quiere, que necesita, que piensa o que siente y hasta porque hace gestos y contorsiones. Solo saben que deben estimularlo, llevarlo de profesional en profesional, para hacerle un bien, pero un bien para quién, ¿para los niños o los padres?

El niño puede nacer con discapacidad visual o auditiva, con parálisis cerebral, síndrome de down, debilidad mental o alguna enfermedad y puede dejar secuelas importantes en el plano neurológico y en la familia toda, hasta pudo tener un efecto enloquecedor. Esta realidad los padres no la esperaban, nadie está preparado, pues la capacidad diferente marca en cada historia a su manera, nunca nadie sabe cómo será el encuentro con el niño que va a nacer. La madre antes de encontrarse con un hijo encuentra un cuerpo y ese cuerpo podrá ser el esperado, soñado o no, pero es recién a partir de la libidinización que se podrá tornar en hijo.

La marca orgánica discapacita la madre, la discapacita desde el deseo en su lugar de madre, Injuria narcisista que no puede elaborar. La deja sin capacidad ni recursos para sostener y contener a ese bebé inmerso en un profundo silencio.

Su psiquismo no tolera la muerte de ese bebé largamente soñado y esperado. Muerte también de una imagen de la madre que ella debió ser y que impulsivamente recreará, son el intento de suicidio delante de él, “por eso sostengo que las marcas orgánicas de un niño marcan sobre todo a las madres y a la pareja parental que al mismo niño”.<sup>45</sup>

La dinámica de resistencia y compulsión a la repetición se instala en muchos padres; como resistencia tenemos a un mecanismo defensivo por el cual un sujeto coloca obstáculos para no conectarse con aspectos angustiantes y dolorosos de una realidad. Y la compulsión a la repetición es la reiteración de manera inconsciente de conductas, ideas, pensamientos que surgen en forma repetitiva en un intento de elaborar o tolerar situaciones que en forma serán rechazadas por el Yo.

Estos mecanismos promueven en la sociedad el peregrinar en vez de orientar rápidamente. “Si para todo niño transformarse en sujeto abierto al deseo, es un

---

<sup>45</sup> SCHORN, Martha. *Discapacidad. Una mirada distinta una escucha diferente*, Editorial Lugar, Buenos aires. Argentina, 2004, pág.13.

trámite difícil y costoso”<sup>46</sup>, para estos niños y para estos padres que desde el nacimiento cargan con un trastorno del desarrollo, el trámite se dificulta más aún. Este trastorno se constituye en un elemento más resistente a la simbolización. No da lo mismo nacer con una mala formación, que implica intervenciones quirúrgicas tempranas, que no nacer con ellas. Todo esto es algo más a simbolizar y se irá resolviendo de acuerdo a las posibilidades familiares y a la gravedad de los trastornos en juego.

Para su estructuración psíquica ese niño debe ingresar a un espacio de deseo de los padres, o formará parte tan solo del mundo físico-químico que nos rodea. Si bien es cierto la marca real deja su efecto en el esquema corporal y en la imagen inconsciente del cuerpo, la misma que es una imagen relacional, construida por el gran Otro, (adultos relevantes), que a partir de la mirada, caricias, palabras, aportarán elementos para la integración como sujetos.

Un niño con problemas de desarrollo puede ser sano o enfermo psíquicamente como cualquier otro niño, pero eso dependerá exclusivamente de la estructura familiar que lo sostiene y de la trama mítica que lo envuelve. Las huellas de lo no estructurado van a indicar que en algún lugar de la trípole edípica estuvo la falla y no es la marca del cuerpo.

No es cierto que exista tiempo para todo, las intervenciones deben ser en el tiempo oportuno y con responsabilidad para la familia y el sujeto. De forma tal que los padres miren al niño desde una perspectiva del momento actual de desarrollo, para mirar al niño con un cuerpo que debe ser deseado, enarcizado, ingresando en el deseo de los padres, donde la mirada, las caricias y las palabras le den un lugar, para que integre elementos en su construcción de sujetos. Y pueda a travesar por toda la dinámica de estructuración psíquica, pues su sexualidad es la misma, la humana.

---

<sup>46</sup> MANNONI, Maud. *El niño retrasado y su madre*. Editorial Paidós, Buenos aires, 1964, pég.28

### 4.3. LOS PRIMEROS VINCULOS

El psiquismo tiene un desarrollo temprano, se forma a través de las relaciones de objeto tempranas primero con la madre y luego con el padre. La ansiedad es el elemento principal, y las posiciones con sus pulsiones se ordenan en torno a las relaciones de objeto con sus fantasías y angustias. La relación con la realidad se establece por la interacción compleja entre los objetos del mundo interno y mundo externo; así la teoría de las posiciones explica el vínculo tanto con la realidad interna como externa.

En la posición esquizoparanoide los objetos serán distorsionados y fantásticos, como resultado de la disociación y de la proyección en ellos de impulsos libidinales tanáticos; en la posición depresiva, los objetos tanto internos como externos estarán integrados y más acordes al principio de realidad. Está constituida por:

- Ansiedad persecutoria. La angustia principal que siente el yo es la de ser atacado.
- Relación de objeto parcial. Con un pecho idealizado y otro persecutorio, que se perciben como objetos disociados y excluyentes.
- El yo se protege de la angustia persecutoria con mecanismos de defensa. Ellos son la disociación, la identificación proyectiva, la introyección y la negación.

La angustia tiene un origen principalmente interno (la pulsión de muerte actúa como una fuerza destructiva dentro del individuo) y también otro externo: la experiencia del parto y cualquier otra frustración. La pulsión de muerte es proyectada al primer objeto externo, el pecho de la madre; comienza así la primera relación entre el Yo y el objeto externo. A la vez las pulsiones libidinales son proyectadas en el objeto parcial bueno, que desde ese momento existe disociado del pecho malo persecutorio. Se teoriza la proyección de impulsos agresivos sobre el cuerpo materno y la agresión se expresa en fantasías inconscientes oral-sádicas de devorar el pecho y cuerpo maternos y anal-sádicas de atacarlos con excrementos, esto genera en el bebé

temores persecutorios de ser devorado y envenenado, por eso hay un objeto parcial persecutorio y otro idealizado; por un proceso de disociación el bebe percibe al mundo externo y el interno divididos en dos partes irreconciliables. Un objeto idealizado al que asigna experiencias gratificantes y un persecutorio al que atribuye todas las frustraciones. Todo el Yo en escisión.

Los mecanismos de proyección e introyección se dan en una dinámica constante entre objetos y situaciones externas y los impulsos y fantasías internos, que estarán indisolublemente mezclados. A medida que avanza el desarrollo psíquico se produce una evolución de esta estructura. Por un lado existen momentos de integración de objetos disociados; por otra parte, **la introyección del objeto bueno fortalece al Yo** y le permite tolerar mejor la ansiedad sin proyectarla. Disminuye la ansiedad y esto favorece los procesos de integración. Progresivamente se desarrolla la posición depresiva que está constituida por:

- Ansiedad depresiva: el Yo siente culpa y teme por el daño que ha hecho al objeto amado con sus impulsos agresivos.
- Relación con un objeto total: la madre, con la que el Yo se vincula tanto en sus aspectos buenos como malos. Han aumentado por lo tanto los procesos de integración.
- El mecanismo de defensa principal es la reparación: atender y preocuparse por el estado del objeto (interno y externo).

Cambia el vínculo con la realidad externa; mientras en la posición esquizo-paranoide los objetos externos se perciben deformados por las proyecciones agresivas y libidinales, disociadas en dos mundos diferentes (bueno-malo). Ahora el vínculo con el mundo externo es más realista ya que se lo reconoce en sus aspectos buenos y malos, con menos distorsiones. Hay mayor discriminación entre fantasías y realidad, realidad externa e interna. Y además el avance a la integración de objeto implica la integración del Yo, donde el sujeto se diferencia de la madre. El sujeto se diferencia del objeto, y reconoce sus sentimientos de ambivalencia, ama lo

gratificante-bueno y odia lo frustrante-malo; pero sabe que ya no debe dañar al objeto sino recuperarlo porque ya no es uno con él, y lo puede perder.

La preocupación central del Yo es de cuidar y preservar sus objetos, tanto externos como internos. El conflicto depresivo es la lucha constante entre amor y odio. El principal mecanismo defensivo es la reparación, que trata de reconstruir los aspectos dañados o perdidos de los objetos dentro del Self. Así como antes los sentimientos agresivos los dañaban, ahora se requiere que el yo le suministre amor y cuidado para devolverles la vida y la integridad. Predomina la tolerancia al dolor psíquico y la culpa por la agresión a objetos amados. Se vivencia el duelo como un fenómeno psíquico, se indica que la pérdida de un ser querido reactiva la posición depresiva infantil, (es la pérdida de la madre como objeto amado la que se revive con cada pérdida); el Yo desarrolla una capacidad de controlar sus impulsos agresivos.

La simbolización se relaciona con el proceso de duelo<sup>47</sup>, ya que permite recrear el objeto perdido dentro del self. Así se reemplaza la ausencia del objeto por un símbolo del mismo; implica crear un concepto, un recuerdo, una capacidad de esperar a que el objeto vuelva. “La posición depresiva repite el duelo temprano por el pecho, aunque hay que pensarla no sólo como un momento evolutivo del desarrollo temprano sino como una configuración psíquica que se repite durante toda la vida frente a situaciones de pérdidas tanto externas como internas.”<sup>48</sup>

Esto refiere el inicio de la integración yoica y de diferenciación, (mundo externo – mundo interno); se forma el sí mismo, con lo bueno y malo interno; y tolera lo malo y bueno externo, esta individuación es mejor lograda a medida que se supera el duelo. Ya desde que el bebé nace comienza a estructurarse su psiquismo, su tendencia a integrarse dependerán básicamente de dos series de experiencias: de la técnica de sus cuidados y de sus agudas experiencias instintivas.

---

<sup>47</sup> DUELO.- proceso psíquico a partir de la pérdida del primer objeto de amor, implica separación, pérdida, ausencia o muerte (ruptura del ideal), hace parte del proceso narcisista.

<sup>48</sup> BLEICHMAR, Norberto y LEIBERMAN Celia, *El psicoanálisis después de Freud, “Psicología profunda”*, Editorial Paidós, México, 1997, p.124.

Bowlby al respecto del apego dice: “no solo debe ser accesible, sino que debe estar dispuesta responder de manera apropiada para brindarle consuelo y protegerlo”<sup>49</sup> Esta relación no comienza a partir del momento del nacimiento, sino mucho más antes, cuando a esa pareja se le confirma la gestación del hijo o incluso más tempranamente aún, a través de las fantasías que a cada uno de ellos como hombre o mujer han tenido respecto de la paternidad o en su condición de hijos con sus respectivos padres.

Durante meses la madre y el padre han construido una imagen del niño que va a nacer. Imagen procedente de sus propias identificaciones, de sus aspiraciones, de sus frustraciones, y luego acontece el nacimiento. Revelación, descubrimiento. La madre se topa con el cuerpo del niño y surge el riesgo. Ese cuerpo, ese ser ¿es el esperado o un real desconocido?

La madre se refleja en el niño y el niño en su madre, con la retroalimentación, y de acuerdo a las teorías objetales, en esta situación diádica, el bebé no es un compañero pasivo, es activo, en interacción constante con el entorno maternal en particular. El bebé no solo recibe cuidados, sino que emite señales que lentamente su madre aprenderá a decodificar para recibir sus demandas, alimento, aseo, cariño. Solo un vínculo armonioso desde el comienzo, hace que el entorno considere al niño como una persona, poseedor de un yo – individual, pero un vínculo perturbado, vivencias de desapego, separaciones hostiles, hospitalizaciones prematuras, un cuerpo no esperado produce fracturas y nace un ser herido, marcado. Este vínculo primario entre madre e hijo es el modelo en que se asentarán todos los otros vínculos que habrá de entablar el niño para la constitución de su sí mismo, de su identidad.

El hecho de nacer humano no lo constituye en sujeto, para constituirse en uno, el niño requiere de un entorno, madre, padre o figuras sustitutas que le aporten afectos, palabras, cultura.

---

<sup>49</sup> BOWLBY, Jhon. *La separación afectiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1985.

Aun la percepción de su piel se da a través de las experiencias de contacto entre su cuerpo y el de su madre. Aparece el reconocimiento de un Yo cuerpo, entra en juego la identificación primaria, surge el juego entre madre-bebé, la madre además del contacto y caricias da respuesta con gestos y palabras. Con un objeto soporte contra el cual el niño se abraza y que lo tiene en brazos, es la función de apego, que proporciona mayor satisfacción, para la constitución de su psiquismo. Así descubre la noción de un límite entre el exterior y el interior, elemento incipientes en su estructuración.

Winnicott nos habla sobre una madre estructurante en el desarrollo de la personalidad, la integración surge desde el principio de la vida. “El pequeño necesita que haya una persona que recoja sus pedacitos”.<sup>50</sup> Siendo la madre madura, tolerante, comprensiva y físicamente capaz se convertirá en el primer lazo entre el pequeño y un objeto externo. Una falla en esa objetividad de la realidad externa se presentará como una falla en esta etapa del desarrollo emocional primitivo. La madre lleva a su hijo con el encuentro con esa realidad y le ayudará a crear la ilusión de omnipotencia que el bebé necesita. Luego cuando el bebé llega a adquirir confianza en su capacidad para crear objetos y creer en el mundo real, ella lentamente irá desilusionándolo. Y pasará de la relación de objeto parcial a la relación de objeto total, integrando su personalidad.

Sin embargo muchas madres no reconocen a sus hijos, sin proveer el apego seguro, y desde el trágico encuentro con la realidad de su niño, marcan su relación con él, y sus relaciones de objeto son ambiguas, no estructurantes.

La mirada es un tema muy importante tratado por muchos psicoanalistas, cuando ésta no ocurre, por ejemplo con madres depresivas. Winnicott afirma que no es el niño el que se percibe como defectuoso, sino que es la madre la que lo mira como defectuosos o no. Dicho autor hace referencia del lugar de la madre como espejo del hijo, posibilitando que el niño se mire en ella. Pero cuando esto no ocurre o se da alguna interferencia, ¿qué sucede? El niño mira a su madre intentando descifrar sus

---

<sup>50</sup> WINNICOTT, Donald: Escritos de pediatría y psicoanálisis Edit. Laia. Barcelona. 1979. Pág. 210.



estados de ánimo y no se ve a sí mismo. Esto atenta contra sus posibilidades de creatividad y favorece a la construcción de un Self falso.

Si la madre puede sobreponerse a la profunda herida narcisista que supone ese hijo, seguramente que cuando el bebé la mira encontrará alguien que le devolverá la sensación de que todo está bien. Si en cambio, al descubrir el rostro de la madre, encuentra la rigidez o un estado de ánimo depresivo, se le devolverá una imagen incierta de sí o perturbada y esto le producirá una angustia inconcebible. Una angustia del miedo a lo desconocido y las fantasías que se entremezclan son mucho peores, de esto se deduce la importancia del mirar y ser mirado, del vínculo de apego seguro.

La madre necesita mirar y ver a su hijo con todas sus dificultades lo más tempranamente posible, así como el bebé debe conectarse con la mirada de su madre para poder sobreponerse a la violencia que ese cuerpecito sufre tempranamente.

La teoría vincular nos acerca también a la función del padre, que muchas veces es la que menos habla, pero no por ello deja de tener importancia. Si bien se considera como predominante el lugar de la madre en el momento inaugural, no se excluye la importancia del padre y la función de su discurso, ni del efecto en su deseo en la organización de la vida psíquica. Las representaciones relacionales y afectivas padre-hijo son puestas en juego por el progenitor desde la concepción y nacimiento del hijo, como así también el anhelo de la transmisión de su función y las leyes que la regulan. Esto atenta contra sus posibilidades de creatividad y favorece la construcción de un Self falso.

Bleger señala que para que lo familiar se torne ambiguo en forma brusca, insólita y desesperada, produciendo el efecto de lo siniestro, es necesario que se encuentre con un yo ambiguo e inmaduro. Pero también estos hechos pueden producir simplemente la vivencia de extrañeza conectada al misterio cuando hay un Yo más integrado, que resulte capaz de enfrentarse a lo ambiguo. Este autor considera que un yo que haya logrado la madurez puede transitar por momentos regresivos que haga

vivenciar como siniestras las experiencias que en otro momento no habría sido sentida como tales. Por lo tanto como persona, nadie está exento de caer en la renegación y el repudio de lo que aparece ante sus ojos.

Al renegar nos defendemos de reconocer una percepción traumatizante, que viene desde la realidad. En tal sentido la visión de la falta de alguna parte o función en el cuerpo del otro puede vivirse como la emergencia desde lo real, de lo posible y temido, ligado a la castración, y a la muerte. Situación que le puede suceder al psicoanalista y principalmente a la madre.

#### **4.4. DESARROLLO YOICO**

“El yo es una instancia que del aparato psíquico destinado a establecer la relación con la realidad, siendo uno de sus objetivos principales la autoconservación.”<sup>51</sup> La dinámica del principio de placer (permanente y sin regulación social) al establecimiento del principio de realidad (autocontrol); gracias al complejo de Edipo y la castración; posibilita la estructuración del sujeto, en torno al deseo; lo que significa el ingreso al plano simbólico. Es lo que le permitiría al niño su estructuración yoica; así también a la persona con discapacidad desarrollar su yo.

De los primeros meses el bebé es catetizado, o libidinizado, durante la relación diádica de carácter simbiótica; donde la madre y el bebé se hallan unidos; etapa en que impera el Ello (instintos y pulsiones).

Para Freud hay una ruptura de la diada aproximadamente a los 2 años y medio de edad, para Klein aproximadamente la ruptura es a los 6 meses, cuando además de este inicio de la triada, con el ingreso del padre y con la catetización inicial que

---

<sup>51</sup> IDEM, p.46.

posibilita la formación del Yo; el bebé se convierte en sujeto de deseo, inscrito en la Cultura, al establecerse el Súper yo. Ya que se inicia el registro del deseo; cuando la madre ya no satisface todos sus deseos y el bebé debe reconocerse como separado de la madre y no como una extensión suya. Reconoce el mundo interno y externo; al reconocerse a sí mismo y saber que hay otros en el mundo. Klein indica que diferencia también la fantasía de la realidad.

En caso de no superar esta diada no hay subjetivización, posteriormente no hay proyecto de vida, ni identidad establecida. Además no se superaran las fases o etapas de desarrollo psíquico.

De acuerdo a Freud las etapas oral- anal y fálica, pueden verse estancadas o fijadas en la personalidad si no hay una superación de ellas, tampoco se llegará a una genitalidad desarrollada.

De acuerdo a Klein las posiciones no superadas también afectarán la personalidad; tal es el caso de la posición esquizo paranoide y la depresiva. De las que se rigen el tipo de relaciones con el mundo externo; en referencia a la relación básica. En la relación diádica hay una relación de objeto parcial y divalente: pecho bueno (Formado por la libidinización) y pecho malo: (formado por la agresividad, experiencias frustrantes y fantasías del bebé) bajo una dinámica de proyección (escisión. disociación) e introyección; vivenciando de manera difusa el mundo interno bueno – malo y externo bueno -malo. El Yo logrará introyectar lo bueno y proyectar lo malo para el desarrollo del yo. Posteriormente avanzará de etapa para reconocer el objeto externo unificado tanto bueno como malo, y también su mundo interno, así desarrollará una relación ambivalente (amor y odio); y aprenderá a reconocer y diferenciar su mundo interno del externo; y la fantasía de la realidad. Su yo logrará tolerar la frustración y decidir amar para preservar sus objetos, repararlos y no dañarlos con sus fantasías agresivas u odio. Así se forma el yo y se superará la fase depresiva.

Sin embargo la investigación de ésta dinámica en adolescentes con capacidades diferentes permitirá conocer su relación con el mundo externo, su yo, y su desarrollo psíquico. De acuerdo a la función que ejerzan sus padres desde etapas tempranas y realidad actual.

La sexualidad es la expresión de un ser humano como ser sexuado en la que se conjugan factores biológicos, psicológicos, culturales, económicos y espirituales. La conducta sexual del niño sigue un curso de un desarrollo evolutivo que culmina en la madurez sexual, sus manifestaciones son plenamente evidentes durante la pubertad y adolescencia. Existe incompreensión frente al comportamiento sexual de un adolescente con capacidades diferentes, por desconocimiento, mitificación, temor y segregación.

La sexualidad es parte de individuos con capacidades diferentes y la expresan de acuerdo a su individualidad y a la realidad psicosocial existente. La sexualidad engloba a la persona humana en su totalidad. “Es erróneo pensar que hay una sexualidad distinta para el discapacitado. Lo que debe comprenderse es que hay una única sexualidad humana”.<sup>52</sup>

Los roles sexuales se empiezan a formar desde que el niño nace. Los padres influyen en la aceptación o no del sexo del hijo. El trato es diferente para el niño o la niña, por la manera de vestirlos, de tratarlos, de acariciarlos, de amamantarles, de hablarles. Más tarde, juega la imitación diferida y el juego simbólico y los niños reproducen sucesos que ven en la casa. La presencia de los hermanos mayores y menores es de vital importancia. Adoptan las conductas deseables que observan en la familia. Más tarde, las toman del entorno social: compañeros, amigos, y también de los héroes de la televisión y la computadora, que se incorporan a la familia.

---

<sup>52</sup> FAMILUME, María, Angélica, “Discapacidad y Educación sexual”, *"El Cisne" Periódico Mensual sobre Discapacidad*, Noviembre de 200.1

Las personas que desde la infancia tuvieron una discapacidad se comportan de una forma diferente de aquellas que tuvieron la oportunidad de ejercitar las distintas destrezas sociales básicas. Las personas con capacidades diferentes, además de tener que resolver las dificultades propias del déficit que padecen, son segregadas con bastante frecuencia y, por lo tanto, les falta desarrollar las habilidades sociales propias de cada edad.

La mayoría de ellas debe aprender, por ensayo y error, las actitudes de acercamiento, seducción, conquista, amistad, cordialidad, competencia, solidaridad, el planteamiento de problemas, la resolución de conflictos, la toma de decisiones y la dirección adecuada de la energía.

La pubertad de un sujeto con discapacidad cognitiva, es una fase crítica. Las necesidades biológicas que aparecen, que tienen que ver con su edad cronológica y no con la mental, emergen y no tienen una clara representación con las experiencias de su propio cuerpo. El púber no tiene orientación, pues el mundo del sexo está rodeado de silencios o francamente prohibido. No obstante, él experimenta cosas placenteras pero no entiende lo que ocurre con su cuerpo.

La sintomatología del Síndrome Normal de la Adolescencia; que suscita una vez establecido el aparato psíquico, en un continuar psíquico, del período infantil y de la adolescencia como una preparación a la madurez; representa momentos cruciales que deben ser enfocados con un criterio del momento actual del desarrollo y de lo que significa el ser humano en esas etapas de la vida. Sin embargo en la adolescencia de personas con capacidades diferentes existe un desarrollo psicosexual infantil base, estructurado desde una dinámica con ciertas particularidades que hacen que estos síntomas normales de la adolescencia no tengan lugar, y si los hay, la familia no ayude a superarlos y a lograr una identidad, un proyecto de vidas y madurez sexual.

Ya que la personalidad se forma en las etapas tempranas de desarrollo, es básico evidenciar lo que sucedió en las vinculaciones tempranas con los padres, de éstos adolescentes; para poder analizar la configuración de su psicosexualidad.

La adolescencia es un período de crisis, de duelos, de elaboraciones, como una mezcla de continuo renacer, sus temas no se centran tanto en la pérdida sino en las fantasías e ideas prospectivas. La capacidad para jugar y jugarse que tiene el adolescente, ese animarse a tomarse a sí como objeto propio de deseo para luego poder pensarse, sentirse y proyectarse; son los aspectos del logro de una identidad. Este tránsito conlleva un tiempo psíquico, regresiones, inhibiciones intelectuales, irritabilidad, conductas riesgosas, dificultades en el amor y odio, que va viviendo el adolescente hasta este momento de la vida. Idealiza sus amistades, grupos preferencias y proyectos, que le ayudan a sobrellevar lo que va perdiendo y el impacto de lo nuevo. Todo padre con un hijo sin discapacidad sabe que esto es algo esperable, es más se preocupa si no llega.

Pero el padre de un hijo con discapacidad no toma en cuenta estas posibilidades seriamente, más bien las rechaza, aparecen como inoportunas, como si ya hubieran pasado por tantas cosas como para interesarse en una crisis adolescente, pensando que al hijo no le hace falta nada, que está bien así, tratando de ignorarlos, buscándoles ocupaciones o profesiones que tranquilicen a sus hijos.

Es que la adolescencia es una etapa que, quiérase o no, se tiene que atravesar, pues nadie puede vivir una continua niñez, pero más de una vez el Yo adolescente, no está apto para poder ayudar al desarrollo del verdadero Self, estos casos no vivencian todo el síndrome normal, pero el adolescente con capacidades diferentes vivencia claramente dos aspectos de las conductas tan esperadas del “adolescente”:

- a. Fuerte inhibición intelectual, ya que las fantasías sexuales que se le imponen no son aceptadas por docentes ni padres.
- b. Aislamiento, indiferencia, irritabilidad, cuando las normas y las exigencias del medio externo son demasiadas, el Yo no puede cumplir con esta función mediatizadora y es allí cuando sucumbe a estas modalidades.

### 3.5. LA IDENTIFICACIÓN Y EL PROCESO IDENTIFICATORIO

La configuración de un Yo propio, se da apropiándose de una figura de otro tomada como modelo o como imagen de totalidad, como señala Freud en 1921. La identificación aspira a configurar el propio yo a semejanza del otro, tomado como modelo. Los efectos de las primeras identificaciones, conducirán a las génesis del ideal del Yo, y tras éste se esconde la identificación primera.

Aludiendo a los modelos identificatorios primarios, Aulagnier nos dice que: “el cuerpo del bebé recién nacido exige a la madre una reorganización de su propia economía psíquica por lo cual más de una vez, ese encuentro resulta un verdadero riesgo relacional”<sup>53</sup>. Desde el principio la relación madre – hijo construye los pilares donde se asienta el andamiaje de la personalidad.

Es el hijo que la marca y le da ese lugar de madre, es él que la saca de su condición de hija y le aporta una nueva singularidad la de ser madre. Pero cuando nace un hijo con discapacidad o cuando la discapacidad es consecuente de una enfermedad o un accidente, la mujer se siente en muchos casos que ha fracasado como madre, que

---

<sup>53</sup> SANTUCCI, María de Mina. *Educandos con capacidades diferentes: un enfoque psicológico desde el retraso mental*, Editorial brujas, Buenos aires. pág. 172.

ese hijo fallido no le permite el pasaje al otro lugar (hasta ahora encarnado por su propia madre) llegando incluso solamente a jugar a ser madre pero buscando permanentemente Otro que encarne ese lugar y esa condición.

Si bien las conductas maternas son innatas, el modo en que se organicen depende en una buena parte de las características y particularidades de cada uno de los participantes. Es por ello que las vinculaciones primarias entre madre e hijo están sujetas a la atracción y sensibilidad de ella con el infante. El que nace con una falta también nace con un lugar de mucha presencia. La mirada del otro lo presentifica.

Hay estructuras familiares que encarnan esta situación de manera perversa. Sus hijos no son niños, ni personas psicóticas o perversas, pero sí lo son en su funcionamiento. Excesivamente dependientes, algunos a la manera simbiótica. Generalmente los hijos con marca orgánica son patrimonio materno. Los padres son personajes ausentes aunque estén presentes.

Para la mujer acceder a la femineidad debe renunciar al niño fetiche, según Mannoni, es decir, al hijo imaginario del Edipo, situación difícil en estos casos. La ley del padre que marca no aparece. La marca orgánica dificulta la función paterna. En ciertos casos la hija puede ser objeto sexual encubierto del padre en una relación incestuosa, la madre se ocupa de otras cosas, de otros hijos. Y el hijo en el caso de la madre.

La falta del padre también es consecuencia de una madre que no posibilita ese lugar, constituyéndose en víctima y en buscadora de la dependencia del hijo, el padre no puede romper la simbiosis así instaurada, de esta forma cuando más narcisista es la relación, menos posibilidades de ingresar tiene la figura paterna.



También sabemos que el lugar del hijo es un lugar asignado desde antes del nacimiento, cuando una madre da lugar al padre, pero éste no es tomado por el padre (ausente o imposibilitado por la culpa), la función paterna puede ser ejercida por otros, inclusive la misma madre, sin necesariamente ser fuente de psicosis. Pero si es una situación enloquecedora cuando la madre no otorga ese lugar y al mismo tiempo culpabiliza al padre por no ejercerla.

Es entonces a partir del narcisismo primario, narcisismo de los padres que puede ser fuente de deseos y gratificaciones o rechazos y ausencias. En este último caso, la primera identificación será promotora de un yo débil y precario, la figura del Otro se basará en deseos insatisfechos y vacíos.

En el proceso adolescente, la autora María Santucci enfoca modalidades identificatorias para el joven con capacidades diferentes, que son básicas para comprender su estructuración, es común que estos jóvenes estén enmarcados por los padres en el supuesto que “no pueden hacer ser, ni hacer nada”, donde lo que sobresale es la falta, lo castratorio, imponiéndose una relación fantasmática de ese hijo con el imaginario de la madre; convirtiéndose así en un sujeto no diferenciado y objeto de goce de ellos. En vínculos así no podrá hablarse jamás de la constitución de un ideal del yo, pues lo que está en juego es sólo el Yo ideal de los padres omnipotentes y narcisísticos, resabio de actuaciones infantiles, la capacidad intelectual resentida y el compromiso orgánico actúan conjuntamente con los aspectos infantiles y narcisista de los progenitores, no posibilitando el desarrollo de un sujeto pensante y deseante, hallándose en estos adolescentes a niños en cuerpos grandes.

En este grupo encontramos a adolescentes llamados “infantilizados”, en donde los padres se encargan de que sus hijos no puedan desarrollarse evolutivamente normal, es decir no permiten el pasaje de niños a adolescentes. Esta modalidad identificatoria está basada en el vínculo de indiscriminación.

Una segunda modalidad identificatoria estará basada en el vínculo que le permitirá el reconocimiento parcial o total del otro en cuyas familias han podido tramitar el duelo por lo que no se tiene o no se es, y favorecen vinculaciones más sanas con el objetivo que sus hijos lleguen a ser jóvenes con un lugar aceptable dentro de la familia. En este grupo de familias encontramos padres que están dispuestos a correrse para que sus hijos salgan al mundo. Aquí puede suceder que el joven no encuentre un lugar entre sus pares, o que no acepte que es diferente a los demás. Lo que obstaculiza y lentifica la salida del hogar. Pero estos padres están dispuestos a escuchar y contener a sus hijos, lo que no quita que esto les duela, y los angustie; solo entonces desde lo manifiesto, permiten el reconocimiento parcial y total del otro, pero en el plano inconsciente elaboran permanentes duelos y rupturas que les provoca este hijo.

En el plano de la identificación a la que debemos diferenciar de la imitación, en donde ésta última refiere a la necesidad de la presencia del otro concreto como modelo; a diferencia de la primera que produce modificaciones duraderas de la persona, muchos jóvenes con capacidades diferentes no logran hacer ese pasaje a la identificación, no sólo por cuestiones intelectuales sino por factores emocionales asociados. De ahí que sean encontrados en estas personas procesos identificatorios previos como el de la imitación.

Una tercera modalidad identificatoria está basada en identificaciones sucesivas. Muchos niños y jóvenes imitan la conducta, sin comprender si quiera las razones emocionales que guían a los adultos a hacer lo que hacen. No logran hacer las identificaciones constitutivas de una personalidad, permanecen sosteniendo una estructura de niño, en una latencia prolongada.

Por último encontramos una cuarta modalidad identificatoria basada en conductas de acción: corresponde a jóvenes que presentan modelos identificatorios de conducta de acción en la escuela o en el hogar, siendo manifestaciones encubiertas de violencia familiar. Estas son manifestaciones de lo que ellos ya no pueden ser, “los buenos

niños de la infancia, que no molestan, que no ocupan lugar”. La actuación para salir del sufrimiento de la pasividad.

Estas personas tienen las mismas necesidades de amor, de pertenencia, de valerse por sí mismo, de ser reconocidos y poder expresarse, etc.; y el desarrollo de todas sus áreas psíquicas, dependerán en gran medida de la gratificación que encuentren en su medio social.

#### **4.6. LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR E INSTITUCION ESCOLAR**

Familia y Escuela son un marco referencial imprescindible para la incorporación de un nuevo ser humano a la sociedad; pero, este marco se encuentra a merced de los avatares impuestos por transformaciones diversas que han de asumir ambas instituciones si quieren responder a su tarea educativa y socializadora.

Louis Althusser aborda el tema de la ideología en la sociedad, toma en cuenta el papel de la sociedad como reproductora de elementos ideológicos, la construcción por parte del estado e instituciones con un poder sensible a la sociedad, considera como aparatos de estado, término acuñado por Marx, a los elementos reguladores y represores de una sociedad a las funciones formativas como son la religión, la educación formal en las escuelas y la familia. Una definición de la familia, es el núcleo de la sociedad; es la base para que todo ser humano, se pueda integrar a la sociedad.

Para el psicoanálisis la familia, es el eje formador de sujeto en la relación estructurante con los padres, hermanos y el lugar que toma el niño en ésta en cuanto al orden y ley, marcará su ingreso en la cultura. La familia cumple el objetivo primordial de la defensa de la vida a través de: la enseñanza, del cuidado físico, de las relaciones familiares, de las actividades productivas y recreativas, de las

relaciones sociales y afectivas, de la inserción laboral, y de la formación y consolidación de un nuevo hogar.

En toda Institución social la familia tiene por función satisfacer necesidades de sus miembros, proveer recursos, cuidado físico, seguridad, afectividad, educación y orientación. La familia no se encuentra preparada para el nacimiento de un niño con discapacidad, los padres asumen la noticia confundidos, angustiados, sorprendidos y no resulta fácil adaptarse al hecho de tener un hijo con discapacidad.

Ese día, el del nacimiento, o de la enfermedad, los padres lo describen como que el mundo tambaleó a sus pies, como el agujero negro que se instaló en la cabeza, el no poder pensar, el no saber qué hacer. En general aparece el rechazo, el miedo o la búsqueda de protección. Todos pasan por un fenómeno de vivencias fuertemente emotivas, tales como:

1. Conmoción: abrupta alteración de los estados anímicos. Deseos de muerte para sí o para el bebé, sensación de impotencia, llanto deseos de huir.
2. Descreimiento o negación. Los padres dicen “no puede ser, no me sucede esto a mí”.
3. Tristeza, ira, ansiedad. Aparecen sentimientos de depresión, búsqueda de un culpable, la furia hacia Dios o hacia la vida, despliegue de una ansiedad abrumadora.
4. Gradual atención de la tristeza y de la ansiedad.
5. Reorganización: los padres comienzan a aceptar los problemas del hijo, y asumen que no es el hijo largamente soñado y descubren al niño real.

El sufrimiento de un niño, rara vez deja indiferente a sus padres. En la mayoría despierta el recuerdo de la fragilidad de la dependencia, de la necesidad de ayuda, del recuerdo que el adulto conserva dentro de sí el niño que él fue. En esos momentos, los padres necesitan también crear vínculos de apego, para poder sostener a ese

pequeño cuerpecito. En esto dependerá mucho la historia personal de cada uno de ellos, la historia previa de la pareja y la elaboración o no de duelos preexistentes.

La confusión es lo que más preponderará en estos tiempos y lo que más daña. Los padres solo escuchan las palabras de otros, de los profesionales de las más diversas índoles, de la familia, de los amigos, pero no pueden escuchar sus propias voces o hacer uso de su propio sentido común. Muchos de ellos han sido buenos padres con otros hijos, padres sostenedores, cariñosos y en cambio con este hijo se sienten paralizados. Sin embargo, el niño que nace diferente, requiere igual que cualquier otro, de estímulos cotidianos para vivir, para reaccionar ante el mundo exterior.

Es un proceso la aceptación de la discapacidad, con momentos de avances y retrocesos, con situaciones difíciles que acrecientan el estrés y la ansiedad. No obstante los padres van encontrando soluciones, ya sea por sí mismos o mediante la consulta de especialistas. Ya que la evolución psicofísica del niño afectado por una patología, no pasa solo por la voluntad, el amor, la paciencia y la dedicación que pongan los padres, sino también por la orientación especializada y por el tratamiento educativo-habilitador que pueda brindarle alguna institución o grupo de profesionales.

Los padres frente a la crisis de la adolescencia de personas con capacidades diferentes -la adolescencia es un momento de la vida donde los padres recuerdan sus propios logros, sus vicisitudes-. Muchos de ellos esperan que sus hijos obtengan logros importantes, se exigen y les exigen, desean que sobresalgan en lo intelectual o en lo social. Muchos padres verbalizan ciertos deseos acerca de cómo quisieran que sus hijos fueran, pero luego no proveen ese pasaje al crecimiento.

La tarea que los padres pueden llevar a cabo con sus hijos es:

1. Hablar de lo que ellos pueden o no ser.
2. Favorecer actitudes de independencia. Salidas, noviazgos, trabajo.
3. No pensar tanto en su propia muerte, sino en todo lo que ellos pueden acompañarlos en la vida.

La estructura familiar se mantiene también en relación a los hermanos por ejemplo un “cierto equilibrio en la crianza de un hijo con discapacidad puede alterarse con el nacimiento de hermanos sanos. Con este acontecimiento se revivirían las situaciones que habrían quedado enquistadas (duelo patológico anterior).

La agresión del hermano sano hacia el hermano con marca orgánica, se exterioriza de muchas maneras, una de ellas es, negando la discapacidad: eres un aprovechado, siempre tratas de mostrarte para recibirlo todo. O viendo en ese hermano el receptáculo de todas las taras posibles: “eres un estúpido, no piensa bien, no sabe nada”. En este caso el joven con capacidades diferentes sería del soporte de la familia, se haría cargo de todas las discapacidades individuales y familiares, como el chivo expiatorio para mantener un equilibrio en la estructura familiar.

La reacción de hermanos depende en gran medida de los padres frente a sus hijos, del lugar otorgado a cada uno, de la rivalidad que produce la necesidad de protección, el lugar del privilegio del joven con capacidades diferentes en el aparato psíquico del hermano sano será asiento de celos y envidias que pueden generar culpa.

La familia como institución puede manifestar ciertos comportamientos como “nutris” o “atomizantes”.<sup>54</sup> La familia nutris se caracteriza por percibir a su hijo totalmente vinculado a su enfermedad, generando relaciones muy fijas y con tendencias a encerrarse en sí mismas. Pasan a ser familias enfermeras, a asistir al niño a nivel de

---

<sup>54</sup> SANTUCCI, María de Mina. *Educandos con capacidades diferentes: un enfoque psicológico desde el retraso mental*, Editorial brujas, Buenos Aires. Pág. 142.

su cuerpo. Generando en el niño dependencia y pasividad perpetuando de esta manera el problema, condicionando la manera de funcionar de todo el grupo familiar.

Por otro lado, las familias atomizantes, son aquellas que perciben al hijo como “diferente”, delegando la atención del mismo a la Institución que lo asiste. Se produce en algunos casos el rechazo familiar no atendiendo al hijo en sus necesidades, llegando a la práctica inhumana de la alienación, basada en el desconocimiento, el miedo a lo extraño o fuera del sentido común. El comportamiento alejado de las normas y de la aceptación social, van produciendo efectos en las reacciones del individuo como de su familia y medio social.

El sujeto con déficit cognitivo depende del adulto en gran parte de sus comportamientos; con más razón entendemos esta responsabilidad familiar en su educación sexual como parte de su formación para una vida de mayor autonomía. La influencia de la escuela, la familia y la sociedad son decisivas para el desarrollo del niño y del adolescente con discapacidad. Por ello es necesaria una verdadera y continua formación que contribuya a que entiendan su sexualidad en un ámbito de consideración y afecto para con ellos mismos y la comunidad que integran.

La familia del niño y de la niña con capacidades diferentes, es aquella estructura funcional básica donde se inicia el proceso de socialización y a partir de la cual se comienza a compartir y fomentar la unidad de sus miembros, con la consiguiente aceptación, respeto y consideración. Es, en última instancia, donde se debe favorecer la diversidad, y propiciar un estilo de vida que potencie y desarrolle al niño y a la niña con diagnóstico de RM, sobre la base de la armonía, la seguridad, y la estimulación, con el propósito de satisfacer sus necesidades<sup>55</sup>. Es, en la familia donde se aprenden los valores básicos y fundamentales de la vida, entre ellos, el amor y la

---

<sup>55</sup> Gómez Cardoso, Angel L, El niño y la niña con retraso mental, “manual de ayudas para la familia”, 2008, [www.creativecommons.org/licenses.com](http://www.creativecommons.org/licenses.com)

sexualidad. Pero principalmente la familia permite la estructuración de sujetos, bajo la intervención de los padres se establece o no el logro de identidad, de independencia, y hasta de un proyecto de vida.

La base de su condición de adolescentes con capacidades diferentes es su déficit cognitivo; de nivel educable o RM leve; con una vivencia diaria de: a) cambios corporales entre éstos, la maduración de sus órganos genitales; b) de afectividades con capacidad de vincularse consigo y con los demás (principalmente con sus compañeras, maestras y familiares) para el autocuidado, con un precario cuidado hacia otros; pues priman las necesidades personales, de identificación de género, uso de aspectos sociales, físicos y psicológicos de acuerdo a su sexo, es decir se desarrollan procesos de socialización de masculinidades y feminidades. d) de orientación sexual, por la preferencia - atracción erótico-afectiva hacia otra persona. e) de identidad sexual: convicción y aceptación de ser hombre o mujer, f) de presencia o ausencia de duelos por el cuerpo infantil, el rol de niño/a; y por las padres de la infancia.

Es, por estas expresiones que los individuos con alguna deficiencia tiene una psicosexualidad; la misma que atraviesa por imaginarios culturales que estancan el desarrollo psicosexual; reciben un trato especial, que a veces los deja en el plano de niños y su maduración emocional, mental y social se contrapone con la corporal; cabe recalcar que la crisis adolescente irrumpe sus vidas y familias, pero no se sabe a ciencia cierta cuáles son esas particularidades.

Mannoni habla sobre la dinámica institucional (escuela y familia) en el niño retrasado, a través de un análisis psicosocial y clínico; confiere una crítica al modelo médico-pedagógico, pues replantea el modelo educativo basado en la seducción y el castigo; para que la educación promueva un entretejido social que le permita estructurarse psicosocialmente al joven con retraso mental, donde su presencia no se anule por los procesos de encierro, de estigmatización, de entrenamiento para la



satisfacción de sus necesidades básicas, de cuidados. Así, se desarrolle un proceso de salida al yo fracturado y no estructurado, por permanecer en una indiferenciación psíquica, sin tener un lugar en la cultura. Mannoni describe su experiencia, en la Institución de Bonneuil, que se constituyó en un soporte para chicos psicóticos, paranoicos, retrasados, y peligrosos.

Para una clase de niños rebeldes a toda escolarización es perjudicial prolongar la escolaridad obligatoria (...) apenas saben leer y calcular a los catorce, tienen un pasado de fracasos difícil de soportar. Se sienten diferentes a sus compañeros y se imaginan que han fracasado en la vida. Para este tipo de niños la vida institucional es destructiva: necesitan poder abandonar un determinado lugar ya sea para residir (...), o para hacerlo en el mundo laboral. El período de prácticas con el peluquero, el mecánico, restaurante o tienda de alimentos, los revalora y; después de triunfar en un oficio adulto (aunque sea el de barrendero) vuelven a replantearse su pasado escolar.<sup>56</sup>

En la actualidad muchos educadores aceptan la idea de que el adolescente tenga la posibilidad de trabajar fuera de la escuela (la posibilidad de manejar dinero, de hablar de él), sin embargo el mundo laboral es reducido para personas con discapacidad, porque eligen siempre al personal profesional.

Se encuentra casos de pacientes psicóticos, pertenecientes a familias acomodadas, de educación implacable, con reglas de vida impuestas y hasta con abuso de poder; lo que según los estudios de Mannoni posibilita conocer la manera de fabricar niños susceptibles a convertirse en adultos paranoicos.

La institución familiar, reducida es esencialmente conservadora. Este rasgo se reproduce en la escuela, en la fábrica, en el ejército, en la iglesia, en el hospital. La ideología de la institución familiar, como de toda institución, contribuye al mantenimiento del orden moral y social.

---

<sup>56</sup> MANNONI Maud, *la educación imposible*, Ed. Galache, México, 1979, p.16.

Los crecientes fracasos escolares crea la escuela paralela de apoyo y recuperación psicopedagógica, orientados únicamente a conseguir la “normalización” La institución escolar toma el relevo de la familia, y se refuerza la cohesión. Estos muchachos son protegidos, cuidados y unidos al entorno familiar, principalmente a la madre, promoviendo una “falsa seguridad”, en la realidad imaginaria vive unido a la madre, con un lazo patológico con la madre. No es extraño ver adolescentes enmadrados en un delirio, buscando una posibilidad de escapar a toda influencia, porque necesitan un lugar donde ser y existir.

El término anti-institución, encubre una voluntad de no someterse al marco institucional, mientras se refuerce en el individuo la resistencia al cambio. Pero no se puede modificar el marco sin que al mismo tiempo se movilicen angustias psicóticas de los pacientes que buscan abrigo en la protección de la rutina institucional. Aclaremos que el yo es susceptible siempre de ser captado por el otro, pero si logra descubrir su subjetividad, cuando se apropia del lenguaje a partir del otro, se libera de la alienación. El niño entra al orden de lo simbólico. Es importante la pérdida de la madre, superar el duelo, tener en la ausencia del objeto un significante, para poder diferenciar el Yo – no yo.

La madre debe permitir el proceso de separación e individuación del niño, ella es quien da al niño un sentimiento de que posee un lugar, el sentimiento que un individuo tiene de su lugar en el mundo, tiene que ver con que su vida cuenta o no para alguien más; pero cuando la madre está demasiado ocupada por satisfacer al niño en el plano del deseo, le resulta imposible al niño hacerse oír en el registro del deseo. De esta manera en las familias se mantiene un equilibrio, dando una ilusión de autonomía al niño, pero en realidad el uno vive del otro, como una relación parasitaria.

Es decir, que si existe una relación diádica, con la demanda de ser uno, el deseo no puede existir, se excluyen mediaciones. El niño no se registra en el plano del deseo, no se individualiza, esta situación de devoración, llega hasta el punto de cortar otras relaciones sociales para permanecer a merced del “niño loco”. La introducción de un tercer elemento entre la madre y el niño, aporta la dimensión de carencia en la que se instituye el deseo. “Y solo a partir de la introducción de un corte, de la instauración de una carencia, podrá nacer un habla y el niño adquirir un aspecto humano”<sup>57</sup>.

En casos de niños con capacidades diferentes remitidos a escuelas paralelas para leer y escribir, para mantener el orden, con un equipo psicomédico y normalizar sus conductas, a más de repetir la actitud de encierro en casa, de protección y cuidados, sin posibilitar un proyecto de vida, y el desarrollo del Yo; pues simbólicamente no ingresa la función paterna a cortar la diada, ni se estructura el Yo, ni la escuela le permite hacerse cargo de su vida, se imposibilita el desarrollo de una identidad

Es el medio y sus modificaciones, que determinan la expresión de la normal anormalidad del adolescente; pero la realidad biopsicológica del adolescente o se da o condiciona por las circunstancias externas; lo que significa es propio del adolescente la crisis y el medio puede solamente ayudar a superar o dificultarla. El adolescente presenta gran vulnerabilidad para asimilar los impulsos proyectivos de hermanos, padres, amigos y sociedad en general; y asumir los aspectos más enfermos de los demás de ahí los desmanes de la juventud, el adolescente se convierte en un receptor de los conflictos de los demás.

En la actualidad los prejuicios, los miedos y otros sentimientos han ido variando, permitiendo unir a la familia con los equipos de especialistas, sin exclusiones, tratando de construir equipos interdisciplinarios donde cada uno participa. Tienen como objetivo el desarrollo pleno de todas las potencialidades del sujeto, sin dejar fuera los deseos del mismo.

---

<sup>57</sup> MANNONI Maud, *la educación imposible*, Ed. Galache, México, 1979, p.74.

También es muy probable que los padres con esta problemática, sepan que no pueden esperar la transición generacional en su hijo de manera normal, y es a veces muy costoso pensar en ese hijo como un joven que deja de ser niño y que siente, piensa y desea distinto, a pesar de sus limitaciones.

Cuando la familia, no tiene las herramientas necesarias para dárselas al hijo con capacidades diferentes no crea en él un equilibrio y una estabilidad emocional y social suficientes, especialmente, cuando surgen actitudes sexuales socialmente inaceptables frente a otros, que la familia rechaza y se crea un conflicto entre el adolescente y su familia.

La prevención en la salud psíquica en el área de la discapacidad debe asentarse en un trípede institucional:

- a) Los padres sostenedores del desarrollo emocional y psíquico del hijo;
- b) El docente, con quien necesariamente el niño discapacitado se interrelaciona durante gran parte de horas de su vida y;
- c) El psicólogo o psicoanalista que ayuda a la develación de las fantasías inconscientes individuales y familiares que se entretajan en relación con la discapacidad.

Hablar del docente no es centrarnos exclusivamente en el maestro especializado o en el profesor de discapacidades, sino en toda aquella persona integrante de un equipo, tales como terapeuta educacional, profesor de música o de educación física, etcétera, tenga como objetivo y meta el desarrollo del niño y del adolescente y su inserción en la sociedad.

Tarea sumamente amplia y compleja, que promueve en los padres fantasías respecto al docente de la institución escolar: la salvación mágica de su hijo, la devolución de un niño sano, que hará las cosas mejor que ellos, que sea el guía, orientador familiar; teniendo en cuenta todo esto, el docente deberá que esos sentimientos son la proyección de las partes infantiles de la personalidad de los padres y la búsqueda de un docente materno, que les contenga a ellos como al hijo. Deberá entonces: saber escuchar demandas y expectativas de los padres, no asumirse como dueño del supuesto saber, no ser sustituto de padres normativos, no crear expectativas de falsa reeducación, no identificarse en el lugar que le colocan los padres.

La tarea preventiva que puede realizar la institución educativa a través del docentes en el área de salud psíquica en muchachos con capacidades diferentes es contar con espacio y tiempo para hablar sobre lo que siente, se aclare en cuanto a sus miedos, rivalidades, bloqueos afectivos, que obstaculizan la tarea educativa; la orientación a jóvenes en cuanto a sus proyectos. Reconocer que el éxito pedagógico está en el encuentro entre el docente, alumno y padre; y estar consciente que el éxito pedagógico no está en la sola transmisión de conocimientos sino en la rehabilitación, descubrimiento de afinidades y habilidades.

## CAPITULO V

### EXPERIENCIA CONCRETA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 5.1. METODOLOGÍA

Esta investigación es de carácter cualitativo pues se enfoca en aspectos cualitativos del desarrollo humano; en este caso la estructura u organización de la psicosexualidad adolescente. “Los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas.”<sup>58</sup>

El método de investigación a usar es el analítico e inductivo; a través de:

- Estudio de caso: estudio minucioso de un solo individuo.
- Observación: Observación de las personas en su ámbito natural sin intentar manipular el comportamiento.
- Entrevista: Interrogación a los participantes acerca de algún aspecto de sus vidas; varía entre preguntas estructuradas y más flexibles.
- Método clínico: Elaboración de historias clínicas de casos. Análisis de test proyectivos.

---

<sup>58</sup> RODRIGUEZ, Gregorio, GOMEZ y otros, *Metodología de la Investigación Cualitativa*, 1996, p. 72.

## **5.2. DELIMITACION ESPACIAL Y TEMPORAL**

La presente investigación se realiza en el Cantón Rumiñahui, en la Parroquia San Pedro de Taboada, Barrio Fajardo en las calles Duchicela y Puruháes en el año 2011-2012.

La Fundación Nuestras Familias “Zoila Rosa Corredores”, desarrolla el Programa de Integración Educativa “Alas para el Futuro”, en la Escuela Fiscal Rural “Dr. Fabián Jaramillo Dávila” en el sector Fajardo de la Parroquia San Pedro de Taboada, del Cantón Rumiñahui en donde se incluye a un grupo de niños y niñas con algún síndrome de desarrollo y retraso mental. es una institución legal, sin fines de lucro creada por acuerdo ministerial No 3597 del Ministerio de Educación y Cultura con fecha 12 de julio de 1993 y publicada en el Registro Oficial No 245 el 2 de agosto del mismo año; conformada por 4 socios, todos ellos padres de niños con capacidades diferentes.

La Constitución de nuestro País, establece el derecho de todos los ciudadanos a educarse en un marco de igualdad. La Ley de Educación contempla la inclusión de los niños y niñas con necesidades educativas especiales en los establecimientos regulares fiscales y particulares del país. De forma tal que los casos investigados son 4, como totalidad poblacional de la Fundación, se integran a las aulas regulares a tiempo parcial, recibiendo refuerzo escolar en el aula de apoyo.

Tampoco ha existido una intervención psicológica desde la prevención y promoción de salud mental, en las familias, ni en los adolescentes participantes del programa. Hay deficiencias en el área psico - pedagógica en base a programas de trabajo específicos; que atiendan aspectos conductuales, emocionales y mentales; debido a la ausencia de servicios complementarios y profesionales. Las niñas con necesidades educativas especiales no reciben atención integral; lo mismo que se relaciona a deficiencias en el trabajo que se les exige. Principalmente no establecen un proyecto de vida, no se les prepara en una labor práctica para aplicarlo extracurricularmente. El programa de inclusión educativa “Alas para el Futuro” tiene limitaciones y la configuración psicosexual en los niños con capacidades diferentes, también.

### **5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Para el desarrollo del estudio tanto el universo como la muestra corresponden a la población total de la Fundación Nuestras Familias, que son 4 adolescentes con capacidades diferentes.

### **5.4. HIPÓTESIS**

La configuración psico-sexual de los adolescentes entre 12 y 15 años con capacidades diferentes pertenecientes a la Fundación Nuestras Familias; se ha basado en un proceso de estructuración psíquica primario por tanto se ve limitada la afectividad, la identidad, la organización familiar, el desempeño escolar, la genitalidad.



## 5.5. VARIABLES E INDICADORES

Del grupo de investigación que posee como condición de ser adolescentes con capacidades diferentes, se toma como variables de análisis e indicadores lo siguiente:

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b>	<b>Y SUS INDICADORES</b>
“LA CONFIGURACIÓN PSICOSEXUAL”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• YO / SUPER YO / ELLO</li> <li>• REGISTRO DE DESEO</li> </ul>
<b>VARIABLES DEPENDIENTES:</b>	<b>CATEGORIAS DE ANÁLISIS</b>
Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculos primarios</li> <li>• Tipos de relaciones</li> </ul>
Identidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> <li>• Independencia</li> <li>• Identificación</li> <li>• Imagos culturales</li> </ul>
Condición de capacidad diferente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptación</li> </ul>
Imago corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoimagen</li> <li>• Uso del cuerpo</li> </ul>
Genitalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masturbación</li> <li>• Erotismo</li> <li>• Relación con el sexo opuesto</li> </ul>
Desempeño escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación con la autoridad</li> <li>• Rendimiento</li> </ul>
Organización familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol</li> <li>• Función</li> </ul>

## **5.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**5.6.1. TALLERES.-** técnica que facilita el contacto, acercamiento y acceso al diálogo y a la información con los padres de familia respecto al tema.

**5.6.2. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.-** es un encuentro directo con la población en base a la observación por parte del investigador, que permita observar dentro de la realidad de los adolescentes

**5.6.3. GRUPOS FOCALES.-** es el conjunto de personas reunidas para interactuar de manera focalizada sobre una temática particular compartida por todos. En la investigación, ésta técnica permite trabajar con una muestra representativa de personas, focalizar la atención e interés en un tema específico a tratar; además de permitir viabilizar el trabajo.

A continuación se establecen cierto tipo de grupos con los que se podrían trabajar:

- ✘ Padres de familia, para analizar cómo la familia asume la psicosexualidad del adolescente con capacidades diferentes
  
- ✘ Grupo de adolescentes con capacidades diferentes para conocer lo interrelacional, autonomía, identidad, y autocontrol.

**5.6.4. HISTORIAS CLÍNICAS.-** Es un instrumento que permite el registro de todas las exploraciones que se han realizado al paciente y consta de: anamnesis, exploración física, psicopatológica y complementaria, orientación diagnóstica, tratamiento. Las cuales se emplearan para conocer la condición actual de la muestra a estudiar. Aquí se incluirá toda la información recolectada de la entrevista, resultado de test.

**5.6.5. ENTREVISTAS.-** La entrevista cualitativa es una narración en forma de diálogo que crean conjuntamente el entrevistador y el entrevistado.

- ✖ La entrevista en profundidad es de carácter holístico, el objeto de investigación está constituido por la vida, las experiencias, las ideas, los valores y la estructura simbólica del entrevistado.
- ✖ La entrevista semi-estructurada determina de antemano un tema o foco de interés, hacia el que se orienta la conversación y mediante el cual se ha seleccionado a la persona objeto de la entrevista.

Esta técnica es una narrativa que permitirá el desarrollo de un relato de historias que refuerzan un orden de la vida, del pensamiento, de las posiciones sociales, de las pertenencias, que nos acerca a la vida de otros, sus creencias, su filosofía personal, sus sentimientos y sus miedos. Será útil en el historial clínico, en referencia a los Padres; para conocer aspectos de **La Familia**, su dinámica organizacional, funcional y sus adaptaciones alrededor de la configuración de la sexualidad de los adolescentes con capacidades diferentes

**5.6.6. TEST PROYECTIVOS.-** son aquellos en los que el individuo “colocaría” rasgos íntimos y la problemática de su estructura personal, son tomados con el objeto de evaluar la estructura psicológica global y particular de una persona. Este tipo de test, aportan información en cuanto al modo de operar mentalmente del sujeto, aspectos como la personalidad, emoción, pensamientos, la percepción del sujeto, la inteligencia, etc. Se incluirán en el historial clínico.

**5.6.7. INTERPRETACIÓN CLINICA.-** después de la entrevista y completada la historia clínica con los informes, escalas de evaluación y pruebas de laboratorio, se deberá sintetizar todos esos datos en un análisis

clínico; considerando inicialmente la existencia de un trastorno físico general que pueda explicar el problema y toda la dinámica psíquica interpretada.

## **5.7. ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE EN LA INSTITUCIÓN ESCOLAR**

La “Fundación Nuestras Familias” responde a un Programa de Integración Educativa, denominado “Alas para el Futuro”; cuyo objetivo es incluir a los y las adolescentes con capacidades diferentes, al proceso educativo regular y promover sus habilidades sociales.

Los y las adolescentes con capacidades diferentes, se integran a las aulas regulares, actualmente reciben refuerzo escolar en el aula de apoyo, con la atención de una terapeuta de lengua.

Dentro del programa de inclusión educativa, no existen adaptaciones curriculares, ni una intervención psicológica, ni psico-pedagógica en base a programas de trabajo específicos; que atiendan aspectos conductuales, emocionales y mentales; debido a la ausencia de personal capacitado en el área (psicólogos, educador especial, terapeutas), y de servicios complementarios (talleres, terapias psicológicas, apoyo a padres, hipoterapia, hidroterapia); por falta de financiamiento y visión.

De forma tal que los y las adolescentes con capacidades diferentes, no reciben atención a sus necesidades educativas y descuido de las áreas: conductual (control de impulsos) – emocional (procesos afectivos) - habilidades cognitivas (memoria, atención, concentración, pensamiento lógico y abstracto) y en sus problemas de aprendizaje (discalculia, disgrafía, dislexia); lo mismo que se relaciona a deficiencias en su desempeño social y escolar. Además no se les prepara en una labor práctica para aplicarlo extracurricularmente.

El programa de inclusión educativa “Alas para el Futuro” no ha contado con sensibilización a padres, maestros y alumnos; existiendo tabúes respecto al desempeño y comportamiento de los y las adolescentes con capacidades diferentes. Durante clases no participan y en recreo, se aíslan y juegan solos y solas, sin sociabilizar y jugar con los alumnos de la escuela.

Es así que el tema de la psico-sexualidad en los niños con capacidades diferentes es totalmente ignorado y mitificado en el entorno escolar.

## **5.8. ANALISIS DEL TALLER**

### **5.8.1. RESULTADOS DEL TALLER**

- ✖ Los padres manifiestan gran curiosidad y asombro respecto a la temática, inseguridad para expresar sus opiniones; y solo luego de la explicación se predisponen a expresarse.
- ✖ Se mostró al inicio un alto nivel de interrogantes, que paulatinamente se fueron aclarando, los padres trabajaron activamente en la actividad.
- ✖ Demandan mejorar sus conocimientos sobre la psicosexualidad de sus hijas para saber apoyar su desarrollo.
- ✖ Opiniones diversas en cuanto al desarrollo social, emocional, biológico de sus hijas sus vivencias, dificultades para tratar el desarrollo psicosexual de sus hijas y reconocieron que no habían visto a sus hijas como adolescentes plenas sino como niñas.

## **5.8.2. CONCLUSIONES DEL TALLER**

Con respecto al trabajo realizado se pudo destacar aspectos positivos y negativos de acuerdo a sus vivencias y experiencias como individuos inmersos en la psicosexualidad de sus hijas en condición de adolescentes con capacidades diferentes.

### **Aspectos positivos:**

- Que se realicen como seres humanos completo.
- La posibilidad que nuestros hijos conozcan sobre su sexualidad para que puedan manejar sus expresiones psicosexuales.
- La integración social a través de la familia, aprovechando principalmente las relaciones sociales con sus hermanos, incluyéndoles en éstas.
- Oportunidades para disminuir la discriminación por sus capacidades diferentes.

### **Aspectos negativos:**

- Desconocimiento del tema (psicosexualidad).
- La discriminación.
- Incertidumbre al enamoramiento y a las ilusiones en las hijas.
- No saber lo que les sucede, pues no expresan sus sentimientos y emociones .
- Vulnerabilidad a ser víctimas de abuso sexual y embarazos.
- No tener claro el futuro.

### **5.8.3. REFLEXIONES:**

- En este primer acercamiento fue evidente una identificación como padres de adolescentes con capacidades diferentes y su necesidad de conocer más sobre la realidad de sus hijos.
- Hay la curiosidad por tratar el tema de psicosexualidad y sus expresiones, intercambiar experiencias y conocer cómo ayudar a sus hijas-
- El principal rol asumido por los padres es de cuidadores, protectores y proveedores.
- Se logró reconocer temáticas que pueden ser tratadas en talleres próximos.

## **5.9. ANÁLISIS DE CASOS**

Para salvaguardar la identidad de los pacientes solo se utilizará siglas para nombrar cada caso.

### **5.9.1 HISTORIAS CLINICAS**

### **5.9.1.1. CASO 1**

#### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: M.B.

Edad: 13 años

#### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Padres acuden a consulta e indican que su mayor preocupación en su hija es que no domine la lectoescritura.

#### **3. PROBLEMÁTICA ACTUAL**

Los padres indican que desde el nacimiento de su hija ha recibido terapias para mejorar su desarrollo y ha alcanzado un buen nivel motriz, sin embargo no domina su expresión verbal, ni el leer y escribir.

#### **4. ANAMNESIS**

La madre concibió este embarazo a los 27 años, Durante el desarrollo prenatal no hubo complicaciones, el parto fue por cesárea, a término de 39 semanas; la madre se recuperó con normalidad. Abgar bajo, pero sin complicaciones. Tras el nacimiento es sometida a pruebas y se detecta Síndrome de Down, recibe terapia física intensiva hasta los 10 meses. Posteriormente gateó a los 10 meses, caminó al 1 año 6 meses, lactó hasta el 1 año, tomó biberón hasta los 2 años, comió solo a los 4 años.



En referencia al lenguaje adquirió sus primeras palabras a los 2 ½ años, y frases cortas a los 5 años.

El hogar está formado por papá, mamá y tres hijos; constituyendo M.B. La segunda hija; dentro del hogar los padres califican un nivel alto de afectividad a través de caricias, palabras de afirmación y actos. Refieren que la relación padres, la relación de esposos, la relación entre hermanos “son muy buenas”, la relación con la autoridad es buena, pero actualmente M.B. obedece a la segunda orden.

Los padres trabajan tiempo completo y se dedican fines de semana a sus hijos y por las noches; la empleada cuida la casa y la abuela que es el pariente más cercano, está pendiente de los niños y cuida parcialmente de ellos.

Los padres se consideran tanto autocráticos como democráticos, y estimulan la autonomía de sus hijos, pero a M.B. la sobreprotegen, y no hacen que haga sus cosas sola. Los hijos tienen la única responsabilidad de estudiar y rendir bien en sus actividades. No tienen obligaciones en casa, los fines de semana colaboran muy poco.

En las tareas del hogar M.B. no colabora, tampoco es independiente en su autocuidado, los padres le reprenden verbalmente cuando no cumple sus deberes y si es caprichosa. Sus juegos preferidos son garabatear, su tiempo de ocio es oír música y bailar, mira diariamente 1 ½ hora de TV , tiene refuerzo escolar en la tarde, pide lo que desea hablando y frente a la negativa de los padre llora y se enoja, no imparten educación sexual.

En cuanto a la escolaridad ingresa a terapias complementarias desde los 10 meses, hasta los 4 ½ años, que ingresa a una escuela regular y se integra parcialmente, no les agradó, y entra a la Fundación Nuestras Familias a los 7 años de edad en que ha permanecido hasta el momento actual, cursando actualmente el quinto de básica, y teniendo dificultades en el aprendizaje. Los padres aspiran que termine el bachillerato.

Actualmente hay dificultad en el lenguaje expresivo, miedos a los rayos y sonidos fuertes, no hay independencia para bañarse y vestirse, manifiesta sus sentimientos con su actitud, los padres ignoran que tenga o no relación con chicos del sexo opuesto, es posesiva en su vida social, exige la satisfacción de sus deseos a otros, se distingue de los demás por su ternura, se identifica principalmente con su papá, frente a los cambios puberales muestra pudor, a los diez años se tocaba sus partes íntimas, se preocupa por su apariencia física, viste a la moda, le gusta arreglarse y cuida de su apariencia personal, en su actividad lúdica es creativa.

En los antecedentes de salud familiares existieron casos de depresión en los padres maternos.

## **5. ANAMNESIS PATOLÓGICA**

Nació con Síndrome de Down, presenta problemas específicos de aprendizaje y memoria. Sus enfermedades importantes son gripes y resfríos estacionales.

## **6. TEST APLICADOS**

- HTP (Test de la casa / árbol / persona)
- Test de la familia de Corman
- CAT (Test de apercepción infantil)
- Pata Negra

## **7. RESULTADOS**

## **7.1. HTP**

### **A) Test de la casa**

M.B.; denota tendencia regresiva a etapas tempranas de necesidades insatisfechas, frustración por no gratificación inmediata; siente gran tristeza, descontento, aislamiento por su organicidad o “torpeza física”, porque así se percibe a sí misma; con refugio en la fantasía y su lucha esta fuera de la realidad, desamparo, yo débil.

### **B) Test del árbol**

Presenta una tendencia regresiva hacia un trauma infantil, en el que experimentó carencia y rechazo; enfrenta un ambiente hostil; tiene sentimientos de inadecuación e inferioridad; necesidad de seguridad y dependencia, pues su autoestima es baja... Tiene agresividad reprimida e impulsividad, con un pobre contacto con la realidad; prefiriendo refugiarse en la fantasía para evitar frustraciones.

Manifiesta a su vez tendencia al aislamiento y necesidad de gratificación inmediata, precisamente aquellas insatisfacciones se derivan en sus profundas frustraciones, su producción mental es baja en relación a su capacidad real.

### **C) Test de la persona**

M.B. manifiesta tendencias regresivas, con infantilismo y sensación de pérdida de su autonomía y dependencia; frustración por su condición física y mental, ya que experimenta exclusión y rechazo; sintiéndose culpable, inferior, torpe, en un estado de preocupación mental constante.

Mantiene un pobre contacto con la realidad y disfunción social, aislamiento, descontento, tristeza y soledad. Es observadora y capta el ambiente hostil, no ha desarrollado autonomía; ni identidad. Se refugia en la fantasía.

## **7.2. TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN**

Posee un sentimiento de inferioridad que trata de compensar. Su yo es débil y sin equilibrio. Sus padres carentes de autoridad y afecto; a pesar que los reconoce como padres. Se halla más unida al hermano que a su hermana y padres, por identificación sexual. Hay rechazo materno, aunque es la figura dominante en casa; la dibuja más pequeña y lejana, inexpresiva, agresiva. Anula a la hermana, de quien recibe anulación, rechazo y ofensas. Prefiere a las figuras masculinas frente a las femeninas de quienes recibe mayor frustración, manifiesta conflictos por su identidad y sexualidad.

## **7.3. PATA NEGRA**

Manifiesta claramente sentimientos de abandono, soledad y exclusión a manera de angustia; y frustración en relación a la rivalidad fraterna y ambivalencia parental, deseando ser hija única para que el amor y atención de sus padres se centre en ella, desea tener a sus padres pero al mismo tiempo vivencia agresividad contra ellos por su ausencia. No manifiesta mayor culpa; es decir el Súper yo es débil, prima el ello con agresividad, celos y frustración; el yo es ambiguo sin ideal del yo. Usa mecanismos de defensa yoicas como proyección, identificación e idealización.

## **7.4. CAT**

M.B. es consciente de sus diferencias y siente gran frustración con fragmentación del yo; provocada en su por su propia familia, posee angustia de muerte, sensación de estar rota la cabeza, exclusión y soledad; añoranza y rivalidad paterna.

## **8. ANALISIS DE RESULTADOS**

Adolescente con tendencia regresiva a etapas infantiles tempranas donde recibió frustración de necesidades básicas desde su nacimiento, frente a toda la crisis vivida por la madre, que emocionalmente se afectó, al encontrarse con una realidad de Síndrome de Down en su niña que no esperaba, pues durante el embarazo desconocía el estado de su hija, y solo tras el nacimiento lo descubren junto al padre, se rompe la imagen que durante meses habían construido de la niña que iba a nacer; en la delicadeza de sus cuidados y la necesidad de la madre por continuar laborando, y huir de la realidad; los cuidados primarios le generaron insatisfacción, al quedar bajo el cuidado de la abuela, con una lactancia imparcial durante el primer año, alimentándose más con biberón; percibe frustración oral y sadismo anal, considerando también la dificultad con la que lentamente su abuela aprenderá a decodificar sus demandas, de alimento, aseo, cariño. Que prácticamente su madre las desconoció. Desarrollando un vínculo precario de objeto por posibles vivencias de apego inseguro, separaciones y visitas a médicos constantes. Presenta un estado precario de personalidad, se la observa sin identidad, ni red de identificaciones claras, su configuración yoica aún débil, en relación a referentes paternos carentes, pues la figura materna es ambivalente pues la sobreprotege y al tiempo rechaza inconscientemente y la figura paterna ausente, por falta de normas en el hogar.

Actualmente los padre laboral tiempo completo y recibe el cuidado de la empleada. Tiene rivalidad fraterna, pues percibe negación hacia su parte intelectual y física por parte de su hermana y hermano, aunque prefiere más a su hermano menor, por identificación sexual. Sus mecanismos defensivos son: proyección, idealización, regresión, negación. Percibe exclusión y abandono, principalmente por sentirse “incapaz, diferente”, aunque su potencial podría ser mayor, ya que el tipo de rechazo

es la sobreprotección. Súper yo no bien estructurado y el ello imperante con agresividad, frustración e impulsividad.

### **5.9.1.2. CASO 2**

#### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: A.C

Edad: 15 años

#### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Padres acuden a consulta para saber cómo orientar un proyecto de vida par a su hija; solicitan una evaluación sobre el estado psicológico de su hija. El padre desea saber si el proceso de integración debería continuar en la secundaria, y la madre si es mejor que se desempeñe en una ocupación más técnica.

#### **3. PROBLEMÁTICA ACTUAL**

A.C. ha permanecido en un proceso de escolarización en un ambiente regular, los padres dicen que su hija tiene muchas habilidades, y poseen fuertes dicotomías respecto a la crianza y expectativas hacia A.C.. Refieren que la maestra de su hija les resalta el comportamiento rebelde y desafiante de A.C.; con el que le sería difícil seguir la secundaria y les recomienda mejor que se desempeñe en talleres y encuentre un oficio. A.C. indica que le gustaría ser profesora.

La madre es consciente que su hija no obedece y no acata órdenes, hace lo que quiere, el padre no lo es.

#### 4. ANAMNESIS

La madre quedó embarazada de gemelos a sus 24 años, segundo embarazo, gestación normal, tuvo mareos y náuseas casi todo el embarazo, atravesó estados de estrés y preocupación.

El parto fue prematuro de 35 semanas por cesárea. A.C., nació con un peso de 2.500 gr. y 48cm. de talla. No lloró al nacer, presentó asfixia, abgar 4-8, estuvo con oxígeno por 15 días, pasó por la incubadora, termocuna, fototerapia y recibió medicación, se le realizó transfusión sanguínea, la madre se recuperó normalmente; su hermana gemela recibe también cuidado postnatal, buen desarrollo, presenta epilepsia controlada, y ninguna recaída posterior.

En el caso de A. C. no hubo lactancia materna, se alimentó por biberón, hasta los 2 años y posteriormente con la recaída, perdió habilidad de succión, se alimentó por sondas, teniendo también respiración por boca y nariz.

La niña al segundo mes fue recuperándose en casa, gateó a los 7 meses, caminó al año, ocho meses; y dormía tranquilamente; hasta los dos años de edad que vivenció un cambio brusco por dificultades en su desarrollo y salud; pues empezó a convulsionar hasta 40 veces al día, cambió su casa con el hospital; a partir de ahí tuvo un desarrollo difícil, no dormía, constantemente se hospitalizó llegando a cuidados intensivos por neumonía y paro respiratorio, se le medicaba diariamente y pasaba a prueba y observación constante, pues había reacciones desfavorables cuando cambiaban dosis o se le daba nueva medicación; a los 5 años se estabiliza, tras viajar a Costa Rica.

De los 3 meses a los 2 años estuvo en guardería, pues su madre laboraba, desde los 8 meses hasta los 5 años recibió terapia física, pues sus habilidades motrices gruesas y finas eran malas y las adquiría muy lento, no volvió a gatear y caminó a los 3 años,

dijo sus primeras palabras a los 8 meses y frases al año y medio. Permaneció en casa de los 2 a los 5 años.

A.C. forma parte de un hogar formado por papá, mamá, hermana mayor de 16 años y las hermanas gemelas de 15 años respectivamente, siendo A.C. la segunda gemela. Dentro del hogar los padres califican un nivel bajo de afectividad e incompreensión entre los miembros de la familia, la madre refiere que el afecto lo demuestra principalmente a A.C. con palabras, actos y caricias, y entre los demás hay incompreensión y gran desapego emocional. Actualmente la relación entre padres-hijos es regular por el control que tratan de dar sus padres y la resistencia de las hijas, entre esposos la convivencia es mala, no se comunican como pareja sino más bien se enfocan en temas laborales, y entre hermanas tiende a ser regular y mala. Mamá se dedica tiempo completo a trabajar en la oficina, y comparte la tarde con su hija A.C. que recibe tareas dirigidas en las instalaciones de la empresa.

El padre se dedica a sus actividades laborales, a veces hasta el fin de semana y dedica muy poco tiempo a compartir con sus hijas, las hermanas tienen diversos gustos y quieren tener su propio espacio, tampoco comparten sus actividades con su hermana A.C.

La función materna se basa en proveerles lo material y emocional, la seguridad y protección, su énfasis es que las hijas crezcan con valores, como mujeres de bien. Consideran que la función paterna es controlarles.

Las hijas intervienen cuando papá y mamá están enojados. Los padres son más permisivos que democráticos con sus hijas; tienen un lenguaje diferente frente a sus hijas; el padre es exigente en el rendimiento escolar y la madre permisiva en el rendimiento escolar; su deseo principal con A.C. era que su hija sepa leer y escribir y se desarrolle socialmente, ahora no tienen claro si debe continuar la secundaria o no, por su conducta.

Los padres observan la condición de capacidad diferente como una diferencia humana que requiere más cuidado y atención en socialización y adaptación, en éste caso la sobreprotegen y miman. En el ambiente familiar A.C. es aceptada, conocen sus limitaciones y le dan un cuidado especial, refiere su madre. Principalmente A.C.



desobedece, desafía, hace berrinche, y termina haciendo su voluntad, como por ejemplo en lo que quiere comer, a donde quiere ir, en su trato con las hermanas, si quiere o no hacer tareas, vestirse, y, hasta para ir o no al colegio.

Los padres creen que estimulan la autonomía de sus hijas en su estudio y cuidado personal. Además indican que a su hija A. C. le falta autonomía y autocuidado, pues siempre tienen que darle observaciones para que mejore o ayudarle personalmente, no tiene responsabilidades en el hogar, colabora más que sus hermanas pero le cuesta obedecer. No existen normas claras en el hogar. Los padres les disciplinan quitándoles permisos y dan consejo a sus hijas cuando no son responsables.

Personalmente la paciente es más instintiva, regularmente depende de la madre y es a quien más obedece; frente a las normas si le gustan obedece, y, si no, hace berrinche y desobedece. A.C. no muestra respeto a la autoridad, y su relación no es buena, es rebelde y obedece cuando está de buen humor y de acuerdo Regularmente depende de la madre y es a quien más obedece. Reacciona con enojo, se queja y responde mal ante la negativa de los padres, pide lo que desea hablando y si no lo consigue exige con lloro o berrinche, en las actividades que realiza suele necesitar la ayuda de otros. sus juegos preferidos son con su muñeca, a la profesora, a la pelota y en la computadora, su pasatiempo es mirar televisión 30 minutos diarios, juega 3 horas durante el día, presenta un juego algo organizado, hace tareas por 1 hora y media, tiene terapia ocupacional en la tarde y natación el viernes.

Los padres consideran que su hija tiene claro su condición de mujer, muestra agrado por su autoimagen, creen que no se masturba y tal vez puede llegar a hacerlo, ha tenido amores platónicos, tiene relación con niños del sexo opuesto en la escuela.

Los papás no imparten educación sexual, tienen temor a que abusen sexualmente de su hija, a que se enamore, tenga relaciones y se embarace.

En el área social la capacidad de la paciente de vincularse consigo misma es mala, no toma la decisión de hacer algo sola, pero conoce sus estados de ánimo y lo expresa. En sus vinculación con los demás es observadora de inicio y paulatinamente es

confianzuda y abusa, se extralimita, no cuida de otros. Y suele tomar la iniciativa en actividades sociales. Es exigente, y posesiva; con chicos del sexo opuesto es recelosa y picara. Se distingue de los demás por su cariño y por su carácter fuerte. Se identifica principalmente con figuras de farándula y compañeras. Reaccionó normalmente ante los cambios puberales, trata de vestir a la moda, le falta aseo, le gusta jugar con niños pequeños, es imaginativa.

En cuanto a la escolaridad ingresa a los 5 años al jardín, tenía terapias complementarias, tenía problemas con los compañeros vivía a la defensiva, después le cambiaron a la Fundación en donde desarrollo mejores relaciones hasta la actualidad, de acuerdo a los padres; sin embargo la maestra indica que no son buenas relaciones, principalmente con las normas, que no acata, y debe ser muy sutil para lograr algo en la niña. Ingres a la Fundación Nuestras Familias a los 8 años de edad en que la que ha permanecido hasta el momento actual, cursando el quinto de básica, y teniendo dificultades en el aprendizaje. Los padres aspiran que aprenda a leer, escribir, y cosas básicas de matemáticas, para que después ingrese a talleres y aprenda un oficio.

La madre acepta que en la escuela desobedece órdenes y pocas veces reconoce la autoridad escolar para hacer tareas. Actualmente hay dificultad motriz leve, dificultad en la pronunciación, según la terapeuta de lenguaje si podría hablar bien, pero no quiere habituarse a hacerlo. Manifiesta sus sentimientos hablando y con explosiones de enojo.

## **5. ANAMNESIS PATOLÓGICA PERSONAL**

A.C. nace prematura y con asfixia, recibe cuidado especiales, se le realiza una transfusión sanguínea, su primera infancia sufrió de neumonías y bronquitis, a los 3 años llegó a cuidados intensivos hasta estar en estado vegetativo; durante un tiempo por causa de la medicación; la madre y su hija viajan a los 5 años a Costa Rica, en donde un especialista le medica y la niña se estabiliza, hasta hoy toma medicación

con varias dosis diarias. Sufre aún de convulsiones nocturnas esporádicas, durante el sueño. Le diagnosticaron parálisis cerebral.

## **6. ANAMNESIS PATOLÓGICA FAMILIAR**

La hermana gemela presentó epilepsia, un primo en segundo grado también; éste primo y otro posee un retardo mental

## **7. TEST APLICADOS**

- HTP (Test de la casa / árbol / persona)
- Test de la familia de Corman
- CAT (Test de apercepción infantil)
- Pata Negra

## **8. RESULTADOS**

### **8.1. HTP**

#### **A. Test de la casa**

Se observa desajuste ambiental familiar y agresividad reprimida, frente a un ambiente hostil y restringido, sin comunicación; que proporciona exclusión y rechazo; cuya necesidad es de huída, vivencia falta de normas y afecto.

### **B. Test del árbol**

Existe inadecuación ambiental, dificultad en la adaptación, falta de equilibrio de la personalidad debido a la frustración generada por la incapacidad para satisfacer necesidades básicas importantes. El ambiente temprano carente de afecto y estimulación. Sentimiento de lucha y necesidad de protección, rasgos dependientes. Su producción intelectual es pobre, limitada y frustrada, en relación a su concepción propia, pudiera rendir más.

### **C. Test de la persona**

La figura dibujada es la imagen de sí misma, identificada con su propio sexo, se observa negación al indicar que se llama Karina y pues A. es feo y le cambió de nombre, tampoco le agrada el cuerpo porque es fea y golosa, hay compensación de sí mismo, pues se dibuja en toda la hoja, donde se desenvuelve de manera extrovertida en sus emociones e impulsos y se refugia en la fantasía, orientada por sí misma, considera su cabeza causante principal de sus conflictos como debilidad mental. Hay falta de adaptación social. Sus relaciones interpersonales denotan inseguridad, dependencia, búsqueda de aceptación y cariño, desconfianza en sus contactos sociales y ambición, infantilismo y agresividad. Se muestra evasiva a la realidad y rehúye ante el contacto, muy sensible a la opinión ajena, de rasgos esquizoides.

Tendencia a actuar espontáneamente casi sin premeditación o planeación, con dificultad en el control racional e impulsos; a mostrar baja tolerancia a la

frustración, control interno débil, inconsistencia; a ser expansiva y a buscar gratificación inmediata; se relaciona con inmadurez. Se ven reflejados en: integración pobre de las partes de la figura, asimetría grosera de las extremidades, figura grande, omisión del cuello.

Se observa sentimiento de deficiencia asociado al trastorno de desarrollo.

Sentimiento de ausencia y añoranza paterna.

## **8.2. TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN:**

A manifiesta un yo débil; prácticamente fuera de límites, sin figuras de autoridad, carencia afectiva y de normas; es decir carece de autocontrol, comportamiento desobediente, hostil y desafiante hacia las figuras de autoridad; fuerte agresividad e impulsividad, causada por frustración de necesidades insatisfechas, en un ambiente familiar hostil y ansiógeno, que le proporciona rechazo, exclusión.

El anhelo de huida, reflejado en la negación de los miembros de la familia, y su identificación con la tía, es lo único que le proporciona algún refugio en su fantasía. Presenta tendencias regresivas y conflicto sexual.

## **8.3. PATA NEGRA**

Manifiesta claramente celos edípicos, rivalidad fraterna, ausencia parental, angustia por exclusión y soledad. Refleja profundos sentimientos de frustración, abandono en relación a sus padres y hermanas; ambivalencia afectiva y agresividad reprimida. Relaciones conflictivas, niega a sus hermanas, ausencia paterna, añoranza de madre y padre nutricios, frustración oral. Proyecta un deseo de estar sola y al mismo tiempo un gran temor a aquello. Mecanismos de defensa: negación, proyección, idealización, regresión. Yo ambiguo y precario, rivalidad fraterna, Ello fuertemente instintivo y agresivo, sin restricciones. Súper yo no estructurado

#### **8.4. CAT**

Los procesos afectivos en relación al desarrollo se hallan en conflicto, sus mecanismos de defensa son principalmente la proyección de sus frustraciones, a demás idealización de lo que desea, y regresión a etapas a ser un bebé, para recibir la satisfacción de necesidades, donde manifiesta frustración anal, con sentimientos de culpa; profundo sentimiento de exclusión, soledad, abandono, con grandes ausencias, parentales, rivalidad fraterna; anhelo por salir y tomar decisiones. Hay preocupación oral.

Vivencia el complejo de Edipo, por su curiosidad sexual en referencia al padre ausente así también sucede con la madre que no le permite identificarse con ella entonces la niña opta por identificarse con el padre a quien añora, pero al mismo tiempo es carente de afecto y normas, por tanto manifiesta conflictos de identificación sexual, cuando se identifica como varón, con agresividad reprimida, y conflictos sexuales con la figura paterna.

#### **9. ANALISIS DE RESULTADOS**

Adolescente con profundas tendencia regresivas, se siente eternamente niña, ya que desea que todos sus deseos se cumplan, padres otorgan sus deseos como compensación al rechazo inconsciente hacia la hija sin saber que necesita para estructurarla como persona; debido a su primera infancia difícil, de continuo estancamiento en el desarrollo por su salud vulnerable, la siguen tratando igual, pues nació prematura, con asfixia y vivenció una transfusión sanguínea, que probablemente es la causa de su PC. Recibió todos los cuidados médicos tempranos especiales hasta su maduración, sin lactancia, y bajo el cuidado de una guardería hasta sus 2 años, desarrollándose físicamente sin dificultad, pero sin el apoyo emocional y contención constante de la madre durante sus primeros vínculos.

Hasta que a sus 2 años empieza a convulsionar permaneciendo en el hospital, su primera infancia sufrió de neumonías y bronquitis, a los 3 años llego a estar como vegeta,; la madre y su hija viajan a los 5 años a Costa Rica, un especialista le medica

y la niña se estabiliza, hasta hoy toma medicación con varias dosis diarias. Sufre aun de convulsiones nocturnas esporádicas, durante el sueño. Le diagnosticaron Parálisis cerebral.

Por lo tanto el vínculo se afectó durante la primera infancia y se tornó persecutorio al estar de enfermera en enfermera y médico en médico, constantemente hospitalizada, mientras sus padres debían continuar trabajando y con una madre, y padre descompensados, que no la miraron como completa, sino desde la enfermedad, e incompletud, hasta la actualidad.

Se muestra intolerante a la frustración de necesidades, frustración oral, pues no vivenció el placer de succión durante sus tres primeros meses, en el primer y segundo año de vida por biberón, y del segundo al cuarto año se alimentó varias veces por sonda. Y además anal ya que el uso de pañal se prolonga y no se desarrolló el control de esfínteres, su relación de objeto gira en la expulsión y retención anal. Hasta la actualidad tiene a veces situaciones de enuresis y ecopresis esporádicas.

Presenta un estado precario de personalidad, sin identidad ni red de identificaciones claras, pues en el hogar no se han establecido, por el trato y figuras parentales en conflicto, su configuración yoica es débil, sin límites y perdiendo criterio de la realidad, casi al borde, sus referentes paternos carentes, figura materna ambivalente, figura paterna ausente, ya que no se le impuso normas desde su primera infancia, rivalidades fraternas, anula a sus hermanas y padres, se anula a sí misma. No posee un sistema familiar que la contenga y de identidad.

Red de comportamiento desobediente, hostil y desafiante hacia las figuras de autoridad. Prefiere a la tía, tiene necesidad de huida. Aspectos relacionados con sus sensaciones de carencia afectiva y ausencia total de normas. Los padres la observan en condición de capacidad diferente como alguien diferente, que requiere de más cuidado y atención en su autocuidado, socialización y adaptación, por tal razón justifican como la sobreprotegen y miman. En el ambiente familiar a la vez con limitaciones y le dan un cuidado especial, refirió su madre y no comprenden que esa es la razón por la que no obedece, desafía, hace berrinche, y termina haciendo

su voluntad, como en lo que quiere comer, a donde quiere ir, en su trato con las hermanas, si no quiere hacer tareas, o vestirse, hasta para ir o no al colegio.

Sus mecanismos defensivos son: escisión, proyección, idealización, regresión, negación. Percibe exclusión y abandono, principalmente por sentirse “incapaz, diferente”, aunque su potencial podría ser mayor, ya que el tipo de rechazo es la sobreprotección. Súper yo no bien estructurado y el ello imperante con agresividad, frustración e impulsividad.

### **5.9.1.3. CASO 3.**

#### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: J. A.

Edad: 12 años, 10 meses

#### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Madre acude a consulta y refiere que su mayor preocupación es que su hijo tiene problemas de conducta pues se resiste a órdenes y reglas, además vivencia la ausencia del padre.

#### **3. PROBLEMÁTICA ACTUAL**

La madre indica que durante el transcurso de la escolaridad ha recibido muchos llamados de atención por el comportamiento inquieto y agresivo de su hijo.

La madre refiere que durante el presente año escolar J.A. ha bajado su agresividad, se ha tranquilizado bastante, sin embargo siempre le cuesta ser responsable en sus



obligaciones, se resiste a obedecer, con enojo o queja; la madre debe estar muy firme en su trato para que cumpla.

No le gusta lo escolar con desempeño es bajo, el proceso lógico matemático y de lectoescritura es tedioso y con avances progresivos lentos.

#### **4. ANAMNESIS**

La madre concibió este embarazo a sus 34 años, en medio de estrés y preocupación, sin planificación, ni control médico hasta los 5 meses de gestación, en que se enteró por chequeos que son gemelos, apenas empezaba a tomar vitaminas cuando a los 5 meses y medio de desarrollo prenatal la madre sufrió un traumatismo físico grave, la madre entra en coma, la cesárea fue emergente; y la madre se mantuvo en coma los dos meses posteriores.

J.A. constituye el segundo gemelo, los niños nacieron pesando 1 ½ lb y 35 cm. Presentaron múltiples dificultades por falta de maduración ósea, cerebral, respiratoria, ventricular, muscular. Permanecieron en cuidados intensivos recibiendo medicación para maduración y desarrollo, durante tres meses, pasaron por la incubadora, termo cuna, fototerapia, con cobija térmica; para la respiración con oxígeno artificial, estuvieron entubados, con casco y catéter. La alimentación fue parenteral, y con terapia física constante aprendieron a succionar y respirar y fueron dados de alta. El hermano sufre un derrame cerebral, y crece con todas y mayores dificultades que J.A.

No hubo lactancia materna, recibieron en el hospital leche materna los 3 primeros meses, fórmula hasta los 8 meses y posteriormente coladas con alimentación sólida gradual. Al año J.A. se integró a la dieta familiar.

En el desarrollo psicomotor gateó a los 2 años, y tras operación caminó a los 6 años. En referencia al lenguaje empezó a pronunciar sus primeras palabras a los 2 años y frases a los 3 años.

Representa al cuarto y último hijo de la madre, mantiene regulares relaciones con sus hermanas y hermano, su relación con la autoridad es regular, hace berrinche y después obedece, le cuesta realizar tareas del hogar y escuela. Frente a la negativa de su madre a veces se enoja, queja, llora o grita. Sus juegos preferidos son la bicicleta, computadora, celular, fútbol. Se dedica 2 horas diarias a mirar televisión y 1 hora a tareas. No tiene actividad extracurricular. Cuando desea algo lo pide hablando.

En cuanto a los antecedentes familiares la madre refiere que sus tres embarazos corresponden a tres padres distintos, se divorcia luego de su primer matrimonio, cuando su primera hija tiene 7 años concibe a su segunda hija cuyo padre no se responsabiliza, continuando la madre sola hasta que se vuelve a casar luego de dos años y en éste segundo matrimonio, concibe a su tercero y cuarto hijo que son gemelos, el padre de los chicos se separa tras una año del nacimiento de sus hijos por la condición de discapacidad que presentan, deja a la madre sola, y ella sale adelante con sus cuatro hijos de 10 años la primera, 3 años la segunda y 1 año de edad los gemelos; sigue trabajando contrata empleada hasta que los gemelos cumplen 3 años, la despide por su negligencia; y hasta el día de hoy ha trabajado a tiempo parcial como profesora y se ha hecho cargo del cuidado del hogar con el apoyo de sus hijas. Refiere la madre que el nivel de afectividad en el hogar es medio y se demuestran afecto con palabras, caricias, actos. La relación entre J.A. y su madre es más confrontativa que con los demás hijos, se dedica a él tiempo completo pues está en la misma escuela en que trabaja la madre, se considera autocrática, estimula la autonomía de su hijo; enseñándole a autocuidarse, resolver conflictos y cumplir tareas del hogar.

Cuando J.A. no cumple con sus obligaciones lo reprende verbal y físicamente. J.A. no ha recibido educación sexual.

Los antecedentes escolares indican que el chico asistió al INFA de 1 a 5 años recibiendo terapias, de 6 a 8 años estuvo como oyente en el Centro escolar regular “Alfa Mar”, de 8 a 9 años en el José Martí, de 9-10 en la “Fundación Nuestras Familias”, de 10 a 11 en la Escuela de las Américas, de 11 a 12 en la Escuela “Fabián Jaramillo”, bajo el programa “Alas para el Futuro”. En todas se observa un comportamiento inquieto, a veces agresivo, sin que le guste leer, escribir y las normas. Actualmente mantiene regulares relaciones con sus compañeros y maestros.

Presenta hoy en día una leve dificultad motriz fina y gruesa, buen lenguaje, buena actividad del sueño, buena alimentación, no recibe medicación, no hay miedos, total independencia en auto cuidado, dificultad para hacerse responsable de otros y tareas, duerme con su madre, manifiesta sus sentimientos con palabras y actitudes, tiene buena relación con sus compañeros, aunque a veces es agresivo, pues es posesivo y demanda exigiendo que se satisfagan sus deseos a otros. La madre refiere que se acepta a sí mismo y es consciente de su condición, se distingue de los demás por ser molesto y chistoso, principalmente se identifica con figuras de farándula como policías. Ha sido indiferente frente a sus cambios puberales, no se ha observado actividad masturbatoria, hay preocupación por su apariencia física, viste a la moda, se arregla y cuida de su aseo y apariencia personal, su actividad lúdica es desorganizada, rápida, creativa y muy activa.

## **5. ANAMNESIS PATOLÓGICA**

La primera infancia sufrió de neumonías y bronquitis, tuvo cirugías importantes: extirpan un testículo por hernia al 1 año, a los 6 le aplican una osteotomía de fémur; para igualar sus piernas; se recupera en un año, a los 8 años corrigen osteotomía: estiran ligamentos y tendones, a los 10 años le ponen clavos en el pie para ubicarlo bien.

Este problema muscular y óseo es característico de la parálisis cerebral diagnosticada al año de edad. También ha presentado dislexia, que supera paulatinamente.

## **6. ANAMNESIS FAMILIAR PATOLÓGICA**

Los antecedentes de salud familiar indican que su hermano gemelo sufre convulsiones con un retardo mental severo, de la misma manera un primo paterno.

Su hermana Mayor a sus 18 años de edad estuvo en una Institución Psiquiátrica por depresión crónica, recibiendo tratamiento por un año.

## **7. TEST APLICADOS**

- HTP (Test de la casa / árbol / persona)
- Test de la familia de Corman
- CAT (Test de apercepción infantil)
- Pata Negra

## **8. RESULTADOS**

### **8.1. HTP**

#### **A. Test de la casa**

Manifiesta inseguridad en el hogar, aislamiento y regresión a etapas frustrantes, sensación de limitación física y confusión, dificultad para controlar emociones, impulsividad y agresividad reprimida, frustración y necesidad de gratificación inmediata. El hogar no le representa agradable, reticencia, no hay límites claros, ni vida social, no hay salida, ni contacto con el exterior. Sus límites yoicos débiles. Por lo tanto hay conflictos en el hogar y necesidad de salida.

#### **B. Test del árbol**

Existe precario equilibrio de la personalidad, inadecuación al enfrentar el ambiente, dificultad en la adaptación, un yo débil, gran sensibilidad a las presiones ambientales.

Manifiesta frustración en su búsqueda de satisfacción y tendencias agresivas reactivas frente a las limitaciones en el espacio, deseo de huida, gran necesidad de protección y dependencia materna. Aislamiento, desamparo.

### **C. Test de la persona**

Manifiesta tendencia regresiva, inseguridad y aislamiento; sobre su realidad, observa, le desagrada escuchar, siente culpa. Presenta frustración intelectual, organicidad. Dificultad en las relaciones interpersonales, evasión, sensibilidad ante la opinión ajena, dependencia.

Rasgos esquizoides, dificultad para controlar los impulsos instintivos, regresión, infantilismo, inmadurez, tendencia a actuar impulsivamente, pobre control emocional, tendencias instintivas, agresivas; con frustración emocional y carencia afectiva, sin premeditación o planeación, con dificultad en el control racional e impulsos; a mostrar baja tolerancia a la frustración, control interno débil, inconsistencia; a ser expansivo y a buscar gratificación inmediata; ( reflejados en: integración pobre de las partes de la figura, asimetría grosera de las extremidades, ausencia del tronco).

Búsqueda de afecto y seguridad (inseguridad), poca habilidad manual, y falta de contacto social, aislamiento, sentimiento de indeficiencia, debilidad física, desagrado hacia sus pies, gran descontento por su “torpeza física” en las piernas, preocupación del área sexual posibles conflictos masturbatorios. Dificultad en la identidad sexual. Refugio en la fantasía.

### **8.2. TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN:**

J.A. posee un desajuste ambiental familiar; carente de comunicación, con tendencias agresivas algo reprimidas, sentimientos de rechazo y baja autoestima. Ambivalencia materna: la ama y rechaza, seguramente porque la vivencia como ausente y lejana, al

mismo tiempo castrante, agresiva, solo ella tiene poder, y su palabra vale; la de sus hijos no.

Tiene gran rivalidad fraterna, su hermana lo anula a él; y él anula a su hermano gemelo por celos.

### **8.3. PATA NEGRA**

J.A. presenta una profunda angustia de abandono en relación a la ausencia parental y exclusión. Con gran añoranza de una madre nutricia e imagen paterna. Manifiesta agresividad y celos con ambivalencia afectiva a la madre por su forma de cuidado y en la rivalidad fraterna. El ideal del yo es ambiguo; un súper yo precario y un ello muy fuerte. Los mecanismos yoicos son escisión, proyección, idealización.

### **8.4. CAT**

J.A. manifiesta temor a la soledad, angustia por abandono y exclusión; ambivalencia materna, ausencia paterna, rivalidad fraterna, celos edípicos, sadismo anal.

Temor al castigo por parte de la madre que al mismo tiempo la salva. Y no tiene imágenes de autoridad.

## **9. ANALISIS DE RESULTADOS**

J.A. presenta rasgos esquizoides, tendencia regresiva a etapas frustrantes e inmadurez, en relación a su nacimiento prematuro de 5 meses, y etapa postnatal vulnerable en la que recibió todos los cuidados físicos y médicos especiales hasta madurar, pero no los afectivos, mientras su madre permanecía en coma, durante 2 meses tras la cesárea.

Con baja tolerancia a la frustración, búsqueda de gratificación inmediata, frustración oral, sadismo anal, sin planeación, expansividad, dificultad en el control racional, impulsos y agresividad; ya que su primera infancia fue llena de necesidades, dificultades e insatisfacciones físicas y vinculares, siendo clave para el desarrollo psicosexual. No tuvo apoyo paterno y mucha ausencia materna por el shock emocional, de ansiedad y depresión, que la madre enfrentaba diariamente, además por la crisis económica, la madre salía a trabajar; llevaba a sus niños a terapia con fuertes dificultades para transportarlos y cuidarlos diariamente.

J.A. creció en profunda carencia afectiva y normativa; ya que la madre se preocupaba más del aspecto físico. La madre aprendió a gritarle o pegarle para lograr que obedezca.

Presenta actualmente un estado precario de personalidad, sin identidad ni red identificatoria definida, su configuración yoica es débil, sin límites, con una red de comportamiento desobediente, hostil y desafiante hacia las figuras de autoridad. Con referencia paterna ausente y materna ambivalente, castrante, que causa temor, dominante y excluyente, en lugar de ser participativa y cariñosa. Dejo en manos de una empleada el cuidado de su hijo hasta los tres años de edad, descubriendo luego que los maltrataba, posteriormente la madre los encarga con su hija mayor, mientras trabajaba, marcándose una carencia afectiva y de normas establecidas en casa.

Mantiene Complejo de Edipo no superado, pues la triada no tiene lugar, ni la catetización inicial. Sin lograr una subjetivización y registrarse como objeto de deseo y sujeto deseante. Rivalidad fraterna profunda, su segunda hermana lo anula a él; y él anula a su hermano gemelo por celos, además su hermana mayor, que fue quien los cuidaba, se molestaba fácilmente, tenía crisis de angustia, hasta sufrir de depresión crónica.

Presenta fijaciones, que son productos del estancamiento de la energía sexual en las fases o etapas de desarrollo psíquico, de tal forma que al momento actual se dificulta el desarrollo y mantenimiento de una genitalidad. Ubicándose en una personalidad con tendencia esquizoide.

#### **5.9.1.4. CASO N. 4.**

### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: R.S.

Edad: 15 años

### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Padres acuden a consulta a indican que su hija aprende lento y además necesita un tratamiento para la timidez y la inseguridad, pues parece que tuviera un gran temor a la gente.

### **3. PROBLEMÁTICA ACTUAL**

Desde el nacimiento hasta los 4 años sus habilidades sociales eran buenas, pero después de su ingreso a la escuela regular su comportamiento cambió hasta el día de hoy. Presenta una gran dificultad en relacionarse con los demás, puede comprender su entorno, pero es muy tímida, se avergüenza con facilidad, y tiene temor a expresarse libremente, es lábil y muy sensible; solamente conversa y no reprime sus emociones con personas que tiene mucha confianza.



#### 4. ANAMNESIS

La madre quedó embarazada a sus 24 años, el que representa su segundo embarazo, tuvo mareos, sueño y náuseas durante el primer trimestre, atravesando un estado emocional de tristeza y depresión, la gestación se desarrolló normalmente. El parto fue a término por cesárea, el estado de la madre fue aparentemente normal hasta los seis meses, tiempo después entró a cuidados médicos constantes por el tiempo de 1 año, debido a una mala práctica médica en la cesárea.

El estado postnatal de la niña fue normal, nació de 3200 gr. Y 49 cm de talla, lloró inmediatamente y no recibió ningún cuidado médico especial.

La niña lactó hasta los 6 meses, después se alimentó con cuchara, hubo retraso en los logros psicomotrices y una buena adquisición del lenguaje, pues se expresaba y comprendía muy bien.

De los 3 meses a los 2 años estuvo en un centro de desarrollo infantil, pues su madre laboraba. Desde los 8 meses hasta los 5 años recibió terapia física, pues sus habilidades motrices gruesas y finas eran malas y las adquiría muy lento, no gateó y caminó a los 3 años, dijo sus primeras palabras a los 8 meses y frases al año y medio. Permaneció en casa desde los 2 a los 5 años.

R.S. forma parte de un hogar estable formado por papá, mamá, su hermano mayor de 18 años y ella de 14 años, dentro del hogar los padres califican un nivel medio de afectividad y comprensión entre los miembros de familia, principalmente demuestran su afecto con actos y caricias, consideran una buena relación entre padres-hijos, entre esposos y muy buena entre hermanos. La Madre se dedica tiempo completo a la crianza de sus hijos y su esposo a tiempo parcial, pero los dos se hallan constantemente preocupados.

Los padres son más democráticos con sus hijos, dan una importancia práctica al rendimiento escolar en su hija, les interesa que aprenda a leer y escribir, estimulan su autonomía, pues los hijos tienen como obligaciones estudiar principalmente y colaborar en las tareas del hogar. R.S. es independiente en su autocuidado y es responsable de ordenar la casa, doblar la ropa y guardarla, lavar y secar los platos. Todos los días es muy colaboradora y muy aseada en todo. Los padres hablan y dan consejo a sus hijos cuando no son responsables, pero por lo general no son rebeldes. R.S., presenta temor a la autoridad, y su relación no es muy buena, siempre obedece, reacciona llorando o con tristeza ante la negativa de los padres, sus juegos preferidos son escribir, jugar a la profesora y con muñecos, su pasatiempo es mirar televisión 2 horas diarias, hace tareas por 1 hora en casa y tiene natación por las tardes. Los papás no imparten educación sexual.

En cuanto a la escolaridad ingresó a los 5 años a la escuela, su primer día de clase estaba feliz, tras las primeras semanas empezó a llorar y no quería ir; la profesora perdió la paciencia con R.S., porque no aprendía rápido; eran sólo tres niños, desde ahí empezaron sus miedos. Hasta hace dos años atrás temía a que le peguen, y cuando le hablan duro, llora. Estuvo dos meses en el primer centro, cuando jugaba les amarraba a los muñecos contra la silla y les ponía cinta adhesiva en la boca y les decía que se porten bien. Entró a otra escuela, en que la rechazaban, todos corrían en recreo y se asustaba porque ella no podía correr igual, tenía miedo a que le empujen, hasta los 5 años mantuvo un poco de su espontaneidad, pero poco a poco se volvía más tímida y solo lloraba.

Empezó a engordar y se burlaban de ella sus compañeros porque “era gordita”, estuvo en esa escuela tres años, en ese entonces era callada en casa, recelosa con su padre, y no hablaba a veces ni con su madre, el papá era frío y serio, cuando tenía 7 años empezó a acercarse paulatinamente a su papá, quien le sobreprotegía mucho. Ahora se llevan muy bien.

Ingresa a la Fundación Nuestras Familias a los 8 años de edad en la que, ha permanecido hasta el momento. Actualmente cursa el quinto de básica, y tiene dificultades en el aprendizaje. Los padres aspiran que aprenda a leer, escribir, y cosas básicas de matemáticas, para que después ingrese a talleres y aprenda un oficio.

Actualmente presenta dificultad motriz leve, dificultad en el lenguaje expresivo, a veces se muerde la lengua, tiene miedo a estar en público, a los extraños y a que le reprendan, es independiente, no manifiesta verbalmente sus sentimientos, pero lo demuestra en su estado de ánimo, en su vida social sabe esperar, tiende a ser conformista e indiferente frente a las situaciones externas, si algo es nuevo se aísla; con chicos del sexo opuesto es recelosa y tranquila.

Se distingue de los demás por su orden y aseo. Se identifica principalmente con su hermano y padres. Al inicio de los cambios puberales reaccionó normalmente ahora ya no le gustan, se preocupa por su apariencia física, viste a la moda, le gusta arreglarse, cuidar de su apariencia y aseo personal. Su actividad lúdica es baja, no es imaginativa.

Ha respondido lenta y progresivamente a los tratamientos, no se sabe la causa de su problema de aprendizaje y solo se sospecha de la causa de su conflictiva emocional.

## **5. ANAMNESIS PATOLÓGICA**

A los 8 meses en el encefalograma se detectó una abertura en el área posterior del cerebro, a los dos años esa abertura disminuyó en tamaño y a los diez años en otro examen no se halló ninguna abertura, y el resultado del encefalograma fue normal. Se le diagnosticó un problema de aprendizaje y recibió constantemente terapias complementarias.

## **6. TEST APLICADOS**

- HTP (Test de la casa / árbol / persona)
- Test de la familia de Corman
- CAT (Test de apercepción infantil)
- Pata Negra

## **7. RESULTADOS**

### **7.1. HTP**

#### **A. Test de la casa**

Manifiesta compensación del yo frente al ambiente restrictivo; donde vivencia división familiar, separación, hay inaccesibilidad, aislamiento, restricciones, falta de afecto, defensividad, inadecuación, indecisión, poco contacto con la realidad, constricción, ansiedad, agresividad. Su yo muy débil, con gran preocupación sexual y ensimismamiento. Parece que la niña busca defenderse poniendo a cada uno, en una habitación cerrada.

#### **B. Test del árbol**

Frente a las presiones de un ambiente tenso y restrictivo, de inaccesibilidad y rechazo; vivencia ansiedad profunda, aislamiento, impulsividad y agresividad reprimida; frustración por falta de gratificación se siente amenazada.

Además de una tendencia regresiva a algún trauma sexual en su primera infancia, siente preocupación, ensimismamiento, priman sus emociones frente a lo intelectual. Un Yo débil, limitado, cuya producción mental no es consecuente con lo que podría rendir.

### **C. Test de la persona**

Presenta compensación del yo para enfrentar el ambiente restrictivo que le causa tensión, aislamiento y rechazo. Tendencia regresiva y organicidad por frustración oral y preocupación sexual. Además profundo ensimismamiento y rumiación por el pasado. Su tendencia impulsiva y agresividad son reprimidas; hay frustración por la necesidad de gratificación inmediata, tiene profunda ambivalencia parental y rasgos de rivalidad fraterna. Manifiesta culpa, ira, inadecuación. Vive con rasgos paranoicos; dependientes, pérdida de autonomía e identidad, conflictos sexuales.

La figura dibujada es la imagen de sí misma, con negación de su propio sexo, manifiesta inseguridad, sentimiento de ser observada, introversión, regresión.

Se denota un pobre contacto con el exterior y falta de adaptación social, como atrapada en sí misma, susceptible a la opinión de los demás y dependiente, con dificultad para expresarse; Rechazo social, hacia personas u objetos, manifiesta preocupación sexual búsqueda de aceptación y cariño, además manifiesta frustración intelectual y represión, con agresividad reprimida. Hay ausencia paterna. Con dificultad en el control racional e impulsos y falta de integración de la personalidad, control interno débil, prima lo emocional, buscar gratificación inmediata e inmadurez. Se ven reflejados en: integración pobre de las partes de la figura, asimetría grosera de las extremidades, cuello destacado.

Se observa sentimiento de deficiencia, respecto a un posible trauma de orden sexual.

### **7.2. TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN:**

Manifiesta un yo débil, pero con toda la capacidad para estructurarse mejor, hay conciencia de realidad, y rasgos paranoicos, un conflicto fuerte que no le permite su desarrollo pleno, en relación a las figuras parentales, al parecer algún trauma infantil suscitado, las relaciones con padre y madre no son buenas, principalmente con la madre, a quien la considera como mala, agresiva, carente. Tiene profunda agresividad reprimida.

### **7.3. PATA NEGRA**

Manifiesta soledad y depresión en relación a la exclusión por ser diferente; profundos celos edípicos, fijación oral e idealización con la madre nutricia. Su deseo principal es agradar a sus padres, para que le acepten, quieran y no le abandonen.

Un yo débil. Un súper yo no bien estructurado. El ello reprimido y lleno de agresividad e instintos.

### **7.4. CAT**

Los procesos afectivos en relación al desarrollo se hallan en conflicto respecto a las figuras parentales, sus principales mecanismos de defensa son la proyección, negación, idealización, regresión.

Para R.S las figuras parentales no son figuras de autoridad, ni referente de afecto; al contrario representan carencia; mantiene añoranza al padre y madre nutricios; frustración oral, sadismo anal, gran temor al castigo, sensación de una madre agresiva, angustia de abandono, exclusión y soledad nocturna, en medio de un gran temor, negación de la sexualidad de los padres, curiosidad oculta por escena primaria. Es alguien que lo mira y escucha todo. Deseo de huída frente al rechazo materno. Regresión a etapa donde pudiera ser catetizada.

## **8. ANALISIS DE RESULTADOS**

R.S. presenta un estado precario de personalidad, sin identidad, ni red identificatoria definida, relacionado con descuido hasta los 2 años de edad y sobreprotección a la niña desde los 3 años de edad, siendo en esta realidad una fuente de rechazos y ausencia afectiva por parte de las figuras parentales, aún a pesar de no haber nacido con marca orgánica aparente.

Su configuración yoica es débil, considerando que sus primeros vínculos fueron afectados al permanecer desde los 3 meses a los 2 años en guardería, aún en el tiempo libre, más alejada por las intervenciones médicas constantes de la madre. R.S. no recibió una catetización simbólica, ni relación diádica estructurante; hasta que su madre deja su empleo, pasa en casa y permanece más tiempo con su hija, para tratar de establecer el vínculo con R.S.

La madre refiere que su niña no tenía ninguna relación con su padre y le tenía mucho recelo, lo que dificultó su integración a las normas y cultura. Actualmente denota conflicto y preocupación sexual encubierto, que lo manifiesta en presentar rasgos depresivos, paranoicos, tendencia regresiva a algún trauma infantil, impulsividad y agresividad con negación de su propio sexo.

Sus relaciones vinculares se han constituido por ansiedad persecutoria, temor a recibir algún daño, sin lograr integrar y diferenciar aspectos buenos y malo.

Es probable que la carencia vincular y paterna de los 3 primeros años, le afectaron, pero principalmente algún conflicto de orden sexual, ya que a los 5 años se estanca psicológicamente y retrocede en habilidades. Sin embargo R.S. nunca les ha contado nada, y los padres no hablan al respecto. Fue cuando los padres aumentaron su trato especial hacia su niña, pues no aprendía rápido, jugaba lento, y no hablaba. La trataron desde una falta o carencia, no la miraron, hablaron o escucharon, al no recibir respuesta de R.S.

Se observa pobre contacto con el exterior y falta de adaptación social, como atrapada en si misma, susceptible a la opinión de los demás y muy dependiente emocionalmente, con dificultad para expresarse; rechazo social, hacia personas u objetos, se acentúa su preocupación sexual, además manifiesta estancamiento intelectual.

Carencia afectiva y de normas, frustración oral, sadismo anal. Mantiene añoranza de padre y madre nutricios. Angustia de abandono, exclusión y soledad nocturna, en medio de un gran temor, negación de la sexualidad de los padres, curiosidad oculta por escena primaria.

Referencia materna ambivalente, castrante, que causa temor, es dominante y excluyente. Mala relación hacia las figuras de autoridad, llora ante una orden, es sumisa, muy callada, temerosa.

En conclusión su ideal del Yo es ambiguo, no se proyecta al futuro; un Súper Yo precario y un Ello muy fuerte, sus principales mecanismos de defensa son proyección, negación, idealización, regresión.



## 5. 10. ANALISIS DE RESULTADOS DE LOS TEST PROYECTIVOS

TEST DE LA PERSONA HTP	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
<p><b>Es un test gráfico proyectivo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad , estado de ánimo, emocional, etc.</b></p> <p><b>Con el dibujo de la persona realizamos una autoimagen muy desde el inconsciente, incluyendo los mecanismos de defensa que utilizamos en la vida cotidiana</b></p>	<p>Manifiesta tendencias regresivas e infantilismo,, dependencia. inseguridad Culpabilidad, inferioridad, torpeza.</p> <p>Impulsividad y agresividad reprimida</p> <p>Frustración por su condición física y mental, ya que vivencia rechazo y exclusión, con descontento, tristeza y soledad.</p> <p>Sensación de pérdida de autonomía.</p> <p>Sin identidad, conflicto psicosexual.</p> <p>Pobre contacto con la realidad y disfunción social, aislamiento.</p> <p>Estado de rumiación y preocupación mental.</p> <p>Refugio en la fantasía.</p> <p>Conciencia de realidad (observa y capta el ambiente hostil)</p> <p>Profunda ambivalencia paterna.</p>	<p>Manifiesta expansión vital, al borde, sin límites, impulsividad, agresividad. Infantilismo, dependencia, inseguridad, necesidad de protección.</p> <p>Precario equilibrio de la personalidad (insatisfacción de necesidades).</p> <p>Frustración , rechazo , exclusión, descontento y soledad; ausencia materna y añoranza paterna.</p> <p>Sin identidad , conflicto psicosexual.</p> <p>Pobre contacto con la realidad inadecuación al ambiente. aislamiento.</p> <p>Estado de rumiación y preocupación mental.</p> <p>Refugio en la fantasía.</p> <p>Huye de su realidad.</p> <p>Profunda ambivalencia paterna.</p>	<p>Manifiesta tendencias regresivas e infantilismo, dependencia, inseguridad. Culpabilidad, inferioridad, descontento por su torpeza física en las piernas.</p> <p>Pobre. control emocional, precario equilibrio de la personalidad.</p> <p>Impulsividad, agresividad.</p> <p>Frustración por carencias afectivas, rechazo y exclusión, con, tristeza y soledad.</p> <p>Sensación de pérdida de autonomía.</p> <p>Sin identidad . conflicto psicosexual.</p> <p>Pobre contacto con la realidad y disfunción social, aislamiento.</p> <p>Rumiación y preocupación mental y refugio en la fantasía.</p> <p>Conciencia de realidad, observa y capta el ambiente hostil, no le agrada escuchar.</p> <p>Profunda ambivalencia paterna.</p>	<p>Manifiesta tendencias regresivas, organicidad e infantilismo, dependencia. Inseguridad, ira, inadecuación, culpabilidad, inferioridad, impulsividad y agresividad reprimida.</p> <p>Sensación de pérdida de autonomía. Sin identidad y conflicto psicosexual.</p> <p>Rumiación por el pasado, Profunda ambivalencia paterna.</p> <p>Frustración oral y por la necesidad de gratificación inmediata, además por su condición física y mental, ya que vivencia rechazo y exclusión, con descontento, tristeza y soledad.</p> <p>Ambiente restrictivo. Ensimismamiento, pobre contacto con la realidad y disfunción social, rasgos paranoides.</p> <p>Tiene conciencia de su "limitación", y presenta compensación del yo.</p>

TEST DEL ARBOL HTP	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
<p><b>Es un test gráfico proyectivo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad, estado de ánimo, emocional, etc.</b></p>	<p>Presenta una tendencia regresiva hacia un trauma infantil, en el que experimento carencia y rechazo.</p> <p>Ambiente hostil; tenso y restrictivo, de inaccesibilidad, rechazo, con inadecuación ambiental, aislamiento.</p>	<p>Presenta una tendencia regresiva a un ambiente temprano carente de afecto y estimulación</p> <p>Ambiente hostil, tenso y restrictivo, de inaccesibilidad, rechazo, posee inadecuación ambiental, dificultad en la adaptación,</p>	<p>Presenta una tendencia regresiva hacia un trauma infantil, en el que experimento carencia y rechazo.</p> <p>Ambiente hostil: tenso y restrictivo, de inaccesibilidad, rechazo, inadecuación al enfrentar el ambiente</p>	<p>Presenta una tendencia regresiva hacia un trauma de orden sexual, en su primera infancia, siente rumiación y preocupación,</p> <p>Ambiente hostil tenso y restrictivo, de inaccesibilidad, rechazo, vivencia inadecuación ambiental. Aislamiento.</p>
<p><b>Con el dibujo del árbol el concepto más profundo del Yo</b></p>	<p>Manifiestas desequilibrio en la personalidad, inadaptación, un yo débil, gran sensibilidad a las presiones ambientales.</p> <p>Frustración insatisfacciones y gran necesidad de gratificación inmediata</p> <p>Sentimientos de inferioridad; necesidad de seguridad y dependencia, pues su autoestima es baja.. Tiene agresividad reprimida e impulsividad, con un pobre contacto con la realidad; prefiriendo refugiarse en la fantasía para evitar frustraciones.</p> <p>Su producción mental es baja en relación a su capacidad real.</p>	<p>Inadaptación, un yo débil, gran sensibilidad a las presiones ambientales. Falta de equilibrio de la personalidad debido a la frustración generada por la incapacidad para satisfacer necesidades básicas importantes..</p> <p>Sentimiento de lucha, inferioridad, inseguridad, necesidad de protección, rasgos dependientes, baja autoestima. Agresividad reprimida, impulsividad. Limitado contacto con la realidad.</p> <p>Su producción intelectual es pobre, limitada y frustrada, en relación a su concepción propia, pudiera rendir más.</p>	<p>Existe precario equilibrio de la personalidad, inadaptación, un yo débil, gran sensibilidad a las presiones ambientales.</p> <p>Manifiesta frustración en su búsqueda de satisfacción.</p> <p>Sentimientos tendencias agresivo reactivas frente a las limitaciones en el espacio, deseo de huida, pero gran necesidad de protección y dependencia materna. Aislamiento, desamparo.</p>	<p>Presenta un yo débil frustración por falta de gratificación se siente amenazada.</p> <p>Sentimientos de ansiedad profunda, aislamiento, impulsividad y agresividad reprimida, ensimismamiento, donde priman las emociones en relación al control mental, un, pero cuya producción mental no es consecuente son lo que podría rendir, tiene un Yo limitado.</p>

TEST DE LA CASA HTP	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
<p><b>Es un test gráfico proyectivo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad, su estado de ánimo, emocional, etc.</b></p> <p><b>Con el dibujo de la casa proyectamos nuestra situación familiar</b></p>	<p>Denota tendencia regresiva a etapas tempranas de necesidades insatisfechas.</p> <p>Malas relaciones en el hogar, sin proyección al futuro, carencias.</p> <p>Frustración por no gratificación inmediata.</p> <p>Sentimientos de tristeza, descontento, aislamiento por su organicidad o “torpeza física”, porque así se percibe a si misma;</p> <p>Refugio en la fantasía .</p> <p>Su lucha esta fuera de la realidad, desamparo y reticencia, yo débil,</p>	<p>Presenta desajuste ambiental familiar, vivencia falta de normas, yo sin límites</p> <p>Fuerte agresividad , frente a un ambiente hostil y restringido, sin comunicación; que proporciona exclusión y rechazo.</p> <p>Posee necesidad de huída, por salir de la realidad en que vive,.</p> <p>Refugio en la fantasía,</p>	<p>Manifiesta tendencia regresiva a etapas tempranas frustrantes.</p> <p>Inseguridad en el hogar, aislamiento, sensación de limitación. física y confusión afectiva, carencias.</p> <p>Dificultad para controlar emociones, impulsividad y agresividad reprimida, frustración y necesidad de gratificación inmediata.</p> <p>El hogar no le representa agradable, reticencia, sin normativa, no hay límites claros, ni vida social, no hay salida ni contacto con el exterior.</p> <p>Sus límites yoicos débiles.</p> <p>Por lo tanto hay conflictos en el hogar y necesidad de salida.</p>	<p>Manifiesta compensación del yo .</p> <p>Ambiente restrictivo; donde vivencia división familiar, separación, inaccesibilidad, aislamiento, restricciones, falta de afecto, defensividad, inadecuación, indecisión, poco contacto con la realidad, constricción.</p> <p>Posee ansiedad, agresividad.</p> <p>Su yo muy débil, con gran preocupación sexual y ensimismamiento.</p> <p>Parece que la niña busca defenderse poniendo a cada una en una habitación cerrada.</p>

TEST PATA NEGRA	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
<p><b>Es un test proyectivo, que se presenta con 16 láminas, donde aparecen dibujos de dos cerdos grandes y tres más pequeños en diferentes actitudes.</b></p> <p><b>Esto se debe a que cada lámina apunta a temas diferentes.</b></p>	<p>Angustia de abandono, sentimiento de exclusión, aislamiento y soledad. Frustración por carencias Ambivalencia afectiva. Agresividad reprimida. Celos edípicos Deseos de autonomía, de ser únicos para recibir afecto y atención, y no le abandonen. Rivalidad fraterna Carencia afectiva y de normas. Ausencia parental Añoranza de madre nutricia y de presencia paterna. Conciencia de su discapacidad, sentimiento de culpa, sadismo anal. Tendencias regresivas. Frustración oral Sin proyección al futuro Mecanismos de defensa: escisión, proyección, idealización, regresión. Yo ambiguo y precario. Ello fuertemente instintivo y agresivo, sin restricciones. Súper yo no estructurado.</p>	<p>Angustia de abandono, sentimiento de exclusión, aislamiento, soledad. Frustración por carencias Ambivalencia afectiva: principalmente a la madre, divalente. Agresividad reprimida. Celos edípicos Deseos de autonomía, de ser únicos para recibir afecto y atención, y no le abandonen. Deseo de independencia y temor a ésta. Rivalidad fraterna: anula a hermanas. Carencia afectiva y de normas. Ausencia parental Añoranza de madre nutricia y de presencia paterna. Conciencia de su discapacidad. Tendencias regresivas. Frustración oral Mecanismos de defensa: negación, proyección, idealización, regresión. Yo ambiguo y precario., fuera de los límites. Ello fuertemente instintivo y agresivo, sin restricciones. Súper yo no estructurado.</p>	<p>Angustia de abandono, sentimiento de exclusión, aislamiento y soledad. Frustración, Ambivalencia afectiva. Agresividad reprimida. Celos edípicos Deseos de autonomía, de ser únicos para recibir afecto y atención, y no le abandonen. Rivalidad fraterna Carencia afectiva y de normas. Ausencia parental Añoranza de madre nutricia y de presencia paterna. Conciencia de su discapacidad, fuerte sentimiento de culpa, sadismo anal. Tendencias regresivas. Frustración oral Mecanismos de defensa: escisión, proyección, idealización, regresión., negación. Angustia de castración hacia la madre agresiva. Yo ambiguo y precario. Ello fuertemente instintivo y agresivo, sin restricciones. Súper yo no estructurado.</p>	<p>Angustia de abandono, sentimiento de exclusión, aislamiento y soledad. Frustración, Ambivalencia afectiva. Agresividad reprimida. Celos edípicos Deseos de autonomía, de ser únicos para recibir afecto y atención, y no le abandonen. Rivalidad fraterna Carencia afectiva y de normas. Ausencia parental Añoranza de madre nutricia y de presencia paterna. Conciencia de realidad, de la ausencia de sus padres, de su dificultad de aprehendizaje, sentimiento de culpa, sadismo anal. Tendencias regresivas. Frustración oral Mecanismos de defensa: negación, proyección, idealización, regresión. Yo ambiguo y precario. Ello fuertemente instintivo y agresivo, sin restricciones. Súper yo ambiguo.</p>

TEST CAT	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
<p><b>Es un test proyectivo, Para niños (3 a 10 años) que facilita la comprensión de la relación entre el niño y las figuras más importantes que lo rodean, conociendo sus impulsos, necesidades.</b></p>	<p>El tema principal: Angustia de muerte.  El héroe principal: ella, Sus sentimientos son de soledad, exclusión, abandono. Y de estar rota la cabeza. Tamizados por agresividad y ansiedad.  Tiene necesidades afectivas: de cuidado y aceptación, por parte de su familia, principalmente de una madre nutricia. Al padre se lo vivencia carente de autoridad y ausente, a la madre agresiva, frustrante, castrante, ambivalente. Circunstancialmente la devoran por su condición, percibe temor de castración, sentimiento de culpa y sadismo anal. Rivalidad fraterna.. Los conflictos con las figuras parentales son significativos  Los mecanismos defensivos principales sol: la proyección, negación e idealización.  En su estructuración el yo es ambiguo, ya que solo siente rechazo y se auto castiga culpándose por su deficiencia. No se le ha introducido adecuadamente en la cultura, en la normativa, que no le permite la integración del yo, y el Ello esta reinando.</p>	<p>El tema principal: Angustia de muerte.  El héroe principal: ella, como varón.  Sus sentimientos son de soledad, exclusión, abandono. Tamizados por agresividad y frustración.  Tiene necesidades afectivas: de cuidado y aceptación, por parte de su familia, principalmente de una madre nutricia y de un padre que lo vivencia carente de autoridad y ausente; y a la madre ambivalente.  Los conflictos con las figuras parentales son significativos, complejo de Edipo, conflicto sexual con el padre y con su propia sexualidad. Tiene temor de castración, sentimiento de culpa, sadismo anal, frustración oral., rivalidad fraterna..  Los mecanismos defensivos principales sol: la proyección, negación, idealización, regresión.  En su estructuración el yo es ambiguo, está al borde, quiere huir. Súper yo no estructurado, sin normativa, sin integración del yo, y el Ello imperativo..</p>	<p>El tema principal es angustia de muerte. Causada por la profunda ansiedad y frustración de abandono y soledad que le causa la exclusión por parte de su propia familia. El héroe es el mismo que se identifica como hijo, quien recibe la ambivalencia de una madre afectivamente carente, agresiva, que restringe, y rechaza. Atiende sus necesidades desde la deficiencia del hijo, que percibe su realidad. Como vacía, los conflictos significativos son rivalidad fraterna, celos edípicos, sadismo anal, sentimiento de culpa, frustración oral, temor al castigo de la madre que al mismo tiempo sobreprotege. Lo confunde psíquicamente. No presenta imágenes de autoridad.  Un yo precario, sin límites, sin proyecto de vida, no estructurado, y un ello si restricción. Principales mecanismos defensivos son: proyección, negación, idealización.</p>	<p>el tema principal, Angustia de muerte, El héroe principal ella misma como varón; con estados depresivos, falta de comunicación, soledad, ensimismamiento, cierta conciencia de realidad sobre sus capacidades limitadas por el ambiente. y por parte de los padres, frustraciones percibidas desde la madre, debido al rechazo, exclusión, que provocan la tristeza profunda que sufre.  Manifiesta conflictos en: confusión sexual, niega su sexualidad, rechaza la sexualidad de los padres, frustración oral, sadismo anal, temor al castigo de la madre castrante con sentimiento de culpa.  Los conflictos con las figuras parentales son significativos  Los mecanismos defensivos principales sol: la proyección, regresión, negación, e idealización.  En su estructuración el yo es ambiguo. No se le ha introducido adecuadamente en la cultura, en la normativa, que no le permite la integración del yo, y el Ello esta reinando.</p>

TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
<p><b>Es una prueba gráfica proyectiva, que permite conocer las dificultades al medio familiar del niño, conflictos edípicos y de rivalidad fraterna.</b></p> <p><b>Refleja el desarrollo intelectual</b></p>	<p>Tendencia regresiva, infantilismo Manifiesta sentimientos de inferioridad, baja autoestima.</p> <p>Posee inseguridad en el hogar, carente de normas y afecto.</p> <p>Desarrollo yoico débil,, impulsividad , agresividad reprimida, sin equilibrio, ni autocontrol.</p> <p>Conflictos de identidad de orden sexual.</p> <p>Desvalorización a padres, que promueven exclusión y son ausentes, pero principalmente hacia la madre, dominante, ambivalente. prefiere las figuras masculinas.</p> <p>Rechazo materno. Ausencia paterna. Conflictiva edípica</p> <p>Frustración por insatisfacción de necesidades básicas.</p> <p>Rivalidad fraterna.</p>	<p>Manifiesta sentimientos de ansiedad, infantilismo, angustia, inferioridad, baja autoestima.</p> <p>Posee inseguridad en el hogar, carente de normas y afecto. Inadecuación al ambiente,.</p> <p>Yo débil, carece de autocontrol, presenta un yo sin equilibrio, fuera de límites, al borde sin equilibrio.</p> <p>Conflictos de identidad de orden sexual, negación y auto rechazo.</p> <p>Desvalorización a padres, que promueven exclusión y son ausentes, rechazo parental, padre s ausentes, profunda rivalidad fraterna</p> <p>Niega a su familia, se identifica con la tía.</p> <p>Frustración por insatisfacción de necesidades básicas.</p> <p>Anhelo y necesidad de huída, negación de la realidad .</p>	<p>Manifiesta sentimientos de inferioridad, baja autoestima. Infantilismo.</p> <p>Posee inseguridad en el hogar, carente de normas y afecto. Inadecuación al ambiente, . Sentimiento de anulación, en un hogar hostil, carente de comunicación.</p> <p>Yo débil, carece de autocontrol, sin equilibrio, fuera de límites .</p> <p>Conflictos de identidad sexual, y con su cuerpo, principalmente hacia las piernas..</p> <p>Ausencia paterna y rechazo materno, posee una mamá que promueve exclusión y es la única que puede hablar en casa, es castrante y agresiva. profunda rivalidad fraterna. Niega a su hermano.</p> <p>Frustración por insatisfacción de necesidades básicas.</p>	<p>Manifiesta sentimientos de inferioridad, baja autoestima.</p> <p>Paranoia, estado de miedo extremo. ambivalencias profundas e inseguridad en el hogar, carente de normas y afecto. Inadecuación al ambiente,.</p> <p>Yo débil, sin autocontrol, sin equilibrio. Conflictos de identidad sexual y prefiere la figura del hermano</p> <p>Ausencia paterna y rechazo materno, posee una mamá que promueve exclusión, es castrante y agresiva.</p> <p>Frustración por insatisfacción de necesidades básicas.</p>

## 5.11. SINTESIS DE LA CORRELACION DE RESULTADOS

TEST	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
<b>YO</b>	Débil, sin límites, ambiguo, con falta de autonomía y autocontrol.	Débil, sin límites, ambiguo, con falta de autonomía y autocontrol.	Débil, sin límites, ambiguo, con falta de autonomía y autocontrol	Débil, sin límites, ambiguo, con falta de autonomía y autocontrol
<b>SUPERYO</b>	Indiferenciado, No bien estructurada la instancia crítica y prohibidora, ni el Ideal del YO. Diferenciación ambigua de la realidad interna de la externa Tendencia a la fantasía.	Indiferenciado, No bien estructurada la instancia crítica y prohibidora, ni el Ideal del YO. Diferenciación ambigua de la realidad interna de la externa Tendencia a la fantasía.	Indiferenciado, No bien estructurada la instancia crítica y prohibidora, ni el Ideal del YO. Diferenciación ambigua de la realidad interna de la externa Tendencia a la fantasía.	Indiferenciado, No bien estructurada la instancia crítica y prohibidora, ni el Ideal del YO. Diferenciación ambigua de la realidad interna de la externa Tendencia a la fantasía.
<b>ELLO</b>	Intolerancia a la frustración , búsqueda de satisfacción inmediata, impulsividad, agresividad, angustia de muerte.	Intolerancia a la frustración , búsqueda de satisfacción inmediata, impulsividad, agresividad, angustia de muerte.	Intolerancia a la frustración , búsqueda de satisfacción inmediata, impulsividad, agresividad, angustia de muerte.	Intolerancia a la frustración , búsqueda de satisfacción inmediata, impulsividad, agresividad, angustia de muerte.
<b>DESEO</b>	No se registra.	No se registra.	No se registra.	No se registra.
<b>SUBJETIVIDAD</b>	No se instaura, no ingresa al plano simbólico, por ausencia de registro en la cultura.	No se instaura, no ingresa al plano simbólico, por ausencia de registro en la cultura.	No se instaura, no ingresa al plano simbólico, por ausencia de registro en la cultura.	No se instaura, no ingresa al plano simbólico, por ausencia de registro en la cultura.
<b>COMPLEJO DE EDIPO</b>	No superado, celos edípicos.	No superado, celos edípicos..	No superado, celos edípicos..	No superado, celos edípicos.
<b>FRUSTRACIÓN ORAL</b>	Insatisfacción oral	Insatisfacción oral	Insatisfacción oral	Insatisfacción oral
<b>SADISMO ANAL</b>	Sentimiento de culpa respecto al control de esfínteres	Sentimiento de culpa respecto al control de esfínteres.	Sentimiento de culpa respecto al control de esfínteres.	Sentimiento de culpa respecto al control de esfínteres
<b>IDENTIDAD</b>	No asumida, por carencia de identificaciones, dependencia, rechazo y ausencia parental, insatisfacción. Yo Sin limites.	No asumida, por carencia de identificaciones, dependencia, rechazo y ausencia parental, insatisfacción. Yo Sin limites.	No asumida, por carencia de identificaciones, dependencia, rechazo y ausencia parental, insatisfacción. Yo Sin limites.	No asumida, por carencia de identificaciones, dependencia, rechazo y ausencia parental, insatisfacción. Yo Sin limites.
<b>ESCOLARIDAD</b>	Repite la actitud de encierro en casa, de protección y cuidados, sin posibilitar un proyecto de vida, y el desarrollo del Yo.	Repite la actitud de encierro en casa, de protección y cuidados, sin posibilitar un proyecto de vida, y el desarrollo del Yo.	Repite la actitud de encierro en casa, de protección y cuidados, sin posibilitar un proyecto de vida, y el desarrollo del Yo.	Repite la actitud de encierro en casa, de protección y cuidados, sin posibilitar un proyecto de vida, y el desarrollo del Yo.

## 5.12. SINTESIS DEL ANALISIS DE CASOS

La aportación teórica se interrelaciona con la interpretación clínica obtenida de la observación directa, las entrevistas, pruebas proyectivas, actividades del taller; es decir que a través de la aplicación práctica de análisis de casos y la elaboración de historias clínicas se comprueba lo teórico, en todos los elementos de la configuración psíquica de los adolescentes con capacidades diferentes analizados, detallados a continuación; resultados que son de gran aporte para la práctica psicoanalítica en estas realidades.

**YO.-** no se ha logrado el establecimiento completo del principio de realidad o autocontrol, poseen deficiencia para desenvolverse con autonomía en la vida, ya que no se dio inicio a la triada, por ausencia del ingreso del padre y catetización inicial que posibilitaría la formación del yo, por tener estos procesos ambiguos y precarios. Presentan un yo débil, sin límites.

**SUPER YO.-** no se establece, el niño no se halla inscrito en la Cultura, de aquí se puede explicar su deficiencia para reconocer el mundo interno del externo; reconocerse a sí mismo y saber que hay otros en el mundo y su indiferencia también sobre la fantasía respecto a la realidad. Por carencia de la identificación parental, sobre todo con la figura del padre, como representante o símbolo cultural. Los casos no tienen bien estructurada la instancia crítica y prohibidora, y el Ideal del YO (inexistente por el vínculo indiferenciado)

**ELLO.-** La dinámica del principio de placer es permanente y prácticamente sin una adecuada regulación social, se halla imperante en instintos y pulsiones agresivas.



**REGISTRO DE DESEO.-** considerando que durante los primeros meses el bebé es catetizado, o libidinizado, durante la relación diádica de carácter simbiótica, como parte del deseo de la madre, en estos casos, hay un estancamiento de la libido, por la muerte simbólica del hijo que deseaban, la madre encuentra uno diferente y la catetización se dificulta; desde allí se instaura su sensación de vacío y carencia afectiva; sin que la madre satisfaga todos sus deseos, se une a la madre desde la incompletud, forma una extensión suya, desde la insatisfacción. Y cuando el bebé debe reconocerse como separado de la madre, la misma madre no lo permite, pues lo sobreprotege, para compensar su rechazo materno inconsciente, y no posibilita el ingreso del padre u de otro, para que se convierta en sujeto de deseo.

**SUBJETIVIZACIÓN.-** gracias al complejo de Edipo no superado y la castración no implantada, se imposibilita la estructuración de sujeto, en torno al deseo; lo que significa el no ingreso al plano simbólico de la población.

**COMPLEJO DE EDIPO.-** no superado, gracias a la incapacidad materna para promover la superación de la etapa fálica, la madre no permite la identificación del hijo o hija con su propio sexo, ni la introducción de la figura paterna para cortar la diada en el caso del varón y para enamorarse de su padre en el caso de las niñas, para volver a identificarse con la madre. Celos edípicos.

**FRUSTRACIÓN ORAL.-** por insatisfacción de necesidades básicas como la lactancia, en la falta de catetización libidinal hacia la boca; es decir no vivenciaron el placer de succión, en el primer momento de la evolución de la personalidad del individuo. Durante el primer y segundo año de vida. Interiorizándose una frustración o carencia.

**SADISMO ANAL.-** la relación de objeto dada en la expulsión y retención anal. Sintiendo culpa al sentir placer por retener y evacuar. Recibieron castigos en esta etapa. Fijación fálica.

**IDENTIDAD.-** constancia del narcisismo primario y del narcisismo de los padres que en estos casos es fuente de rechazos y ausencias, contrariamente a deseos y satisfacciones, necesarios para la construcción de identidades. Aquí la primera identificación con la madre se ve promotora de un yo débil y precario, la figura del otro se basará en deseos insatisfechos y vacíos. Además porque no se posibilita extender la red de identificaciones, para promover la autonomía, identidad, independencia, y extender sus imagos culturales por falta también de normas.

**ESQUEMA CORPORAL.-** conciencia de un cuerpo incompleto, percepción de torpeza física e intelectual. Es un esquema enfermo, a través del cual, expresa su realidad de insatisfacción y frustración.

**IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO.-** imagen enferma de sí mismo, a partir de la mirada desnarcicista de la madre, y el rechazo percibido. Organismo no captado por lo simbólico.

**RELACIONES PATERNAS.-** inestables, sin roles bien definidos, desvalorizadas, que hacen que los adolescentes necesiten buscar identificaciones con personalidades más consistentes y firmes. Sin embargo estos mismos padres restringen todo contacto con los otros, lo que incrementa más su baja autoestima y carencias. Sus vínculos son de ansiedad persecutoria, sin una introyección adecuada de padres buenos, sino malos, por tanto mantienen desconfianza hacia los demás, y principalmente se movilizan impulsos tanáticos hacia sí mismo, sin una diferenciación adecuada del mundo interno y externo. Son hijos indiferenciados. Como con una deuda mutua el niño es deudor por su incompletud, y sus padres por no haberlos hecho completos

**CON LA MADRE.-** percibida como invasora, por su sobreprotección, que no es más que parte de su rechazo materno inconsciente; castrante (no permite mas relaciones identificatorias); agresiva, porque proyecta sus frustraciones en el hijo; angustiante, que no mira, escucha, ni acaricia, no respondió a las necesidades afectivas de su hijo; es decir carente afectiva, no catetiza; ambivalente, es por esta razón que los casos huyen de la madre y al mismo tiempo la necesitan profundamente. Madre que mira desde lo defectuoso. El hijo se mira en ella así, no se ve reflejada una imagen buena de él, solo ve un estado de ánimo, agotado, frustrado; lo que atenta contra sus posibilidades de creatividad y favorece a la construcción de un self falso. Al parecer la con la técnica de sus cuidados y de sus agudas experiencias instintivas, no recoge los pedacitos del hijo. Constituyéndose una relación de objeto parcial.

**CON EL PADRE.-** ausente físicamente, y carente de normas, que no rompe la diada, hijo-madre, con una herida narcisista no reparada; sin embargo es más tolerante que la madre, pues no ha movido tanta angustia persecutoria en su hijo en relación a la madre. El encuentro con su hijo está dado en la sobreprotección, por su sentimiento de culpa y falta de libidinización en el encuentro. Los adolescentes mantienen la añoranza de un padre nutricao, que cumpla la función materna.

**RELACIÓN CON LAS FIGURAS DE AUTORIDAD.-** No reconocen la autoridad de sus padres, los ve como iguales a él, aunque saben que son sus padres, y deben obedecerlos, pues no han recibido de ellos normas claras, son permisivos y no imponen responsabilidades; ya que no le han permitido a sus hijos hacerse cargo de sus actos o decisiones. Por tanto los chicos tienen un pobre autocontrol, y hacen berrinche frente a las disposiciones de sus maestras y padres cuando no van de acuerdo a sus deseos; manteniendo una baja tolerancia a las frustraciones, por lo general hacen lo que desean. Y en el caso de Rosita, se mantiene al margen de toda imagen de autoridad o persona adulta, que a su manera ha desarrollado como defensa el autocontrol, aún con igual dificultad para acatar normas.

**RELACIONES FRATERNAS.-** Todas basadas en exclusión, rechazo, indiferencia, agresividad, rivalidad, pues sus hermanos y hermanas, huyen de las responsabilidades que les impone el cuidar de su hermano “enfermo”; sin embargo particularmente en los casos de Beatriz y Rosita solo con sus hermanos, hay más aceptación inconsciente por identificación sexual.

**ORGANIZACIÓN FAMILIAR.-** Falta de comunicación, familia que vive en torno a la “discapacidad” y en función de los casos analizados. Se moviliza agresividad, impulsividad y angustia de muerte.

#### ROLES Y FUNCIONES:

- Padres sobreprotectores, sin ser figuras claras de autoridad, carentes de afecto.
- Adolescente con capacidad diferente: chivo expiatorio.
- Hermanos: responsables de cuidar y ayudar a sus” hermanos víctimas de la discapacidad”, que huyen de esta situación y los maltratan.

**ADAPTACIÓN.-** inadecuación ambiental, deseo de huída, intolerancia a la frustración en un medio hostil.

**AFECTIVIDAD.-** vínculos primarios y primitivos, basados en agresividad, angustia de muerte por abandono, soledad, rechazo, fuerte temores persecutorios, sensación de vacío. Baja autoestima, carencia afectiva y de reafirmación de su yo.

**GENITALIDAD.-** presencia de conflicto sexual reprimido, ya que no hay una aceptación de su genitalidad, y una curiosidad por sus sensaciones de placer en su cuerpo, pero con total desconocimiento y sin tener los recursos para asumir su nuevo

cuerpo. En el caso 3 ya hay masturbación, con sensación culposa. Y el caso 4 un profundo sentimiento de culpa y rechazo sexual.

**REALIDAD ADOLESCENTE.-** en esta realidad no hacen uso de la barrera del incesto para alcanzar diferenciación de sus padres; autonomía y relaciones sociales superiores, se mantienen en una etapa infantil temprana, con fijaciones y regresiones. Sin embargo vivencian los cambios físicos sin la capacidad para superar duelos necesarios; por tanto se podría hablar de una adolescencia anormal, pues no pasan por el síndrome normal de la adolescencia, de acuerdo a Aberastury.

**CONDICION DE CAPACIDAD DIFERENTE:** conciencia de realidad, rechazo, dolor psíquico, Sensación de estar fragmentado.

**INSTITUCIÓN ESCOLAR.-** destinada solamente al apoyo y recuperación psicopedagógica, orientados únicamente a conseguir la “normalización”, en estos casos la institución escolar toma el relevo de la familia, y se refuerza la coerción, protección, cuidados, promoviendo una “falsa seguridad”, continuando el lazo materno, donde los adolescentes buscan la posibilidad de escapar, de huir, de tener nuevos contactos y un lugar donde ser y existir, pero les invade el temor, los padres y maestros no permiten otras relaciones, ni apoyo al proceso de individuación, sin generarse un proyecto de vida.

## CAPITULO VI

### 6.1. CONCLUSIONES

- Todos somos seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos y no existen diferentes sexualidades, es una sola sexualidad humana, cuyas manifestaciones particulares se dan según las etapas de la vida por las que una persona se encuentre, sin embargo el hecho de nacer humano no lo constituye en sujeto, para constituirse en uno, el niño requiere de un entorno, madre, padre o figuras sustitutas que le aporten afectos, palabras, cultura.; En los casos de los y las adolescentes con capacidades diferentes, se debe reconocer su condición de ser humano, en la manifestación; durante el período evolutivo adolescente temporal o permanentemente de una limitación, pérdida o disminución de sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, para realizar sus actividades connaturales y su posibilidad de aprender y relacionarse con el mundo de diferentes maneras a las convencionales; teniendo la misma sexualidad humana y posibilidad de convertirse en sujeto, dependiendo plenamente de la relación con sus padres.
- La configuración psicosexual en adolescentes con capacidades diferentes es un continuar psíquico desde el deseo de los padres, gestación, vínculos primarios y secundarios, primera infancia, infancia intermedia y pubertad. De donde se incorporaran los elementos para la constitución del aparato psíquico y su estructuración de sujeto.
- La adolescencia de los y las jóvenes con capacidades diferentes mantiene una dinámica distinta a la sintomatología del síndrome normal; desde las relaciones de objeto infantiles que se han establecido en ellos, los imagos paternos del mundo interno con sus peculiaridades, imagen inconsciente de su cuerpo, en medio de la falta de identidad infantil y red identificatoria clara. Que imposibilita un despliegue de la normal sintomatología de la

adolescencia, dificultándose su transitar por ésta, así su definición de identidad.

- Las discapacidades o capacidades diferentes no se curan, porque no son enfermedades, si pueden ser marcas que a lo largo de la vida pueden o no llegar a ser resignificadas o bien cobrar luz y sentido a través de la mirada de los grandes “Otros” (madre-padre). Estos son quienes libidinizan a ese cuerpo y ponen palabras apropiadas, liberando a ese sujeto de su encierro, estructurándolo, ayudándolo sosteniéndolo para que no sea la discapacidad una limitación para él, ni para su familia, sino algo más con lo cual una persona tiene que convivir.
- A nivel general la configuración psico-sexual de los adolescentes entre 12 y 15 años con capacidades diferentes pertenecientes a la Fundación Nuestras Familias; se ha basado en un proceso de estructuración psíquica primario por tanto sus relaciones afectivas, la identidad, el desempeño familiar, escolar y social, se ven limitadas, ya que no ocupan el lugar de sujetos.
- La madre antes de encontrarse con un hijo o hija encuentra un cuerpo y ese cuerpo podrá ser el esperado, soñado o no, pero es recién a partir de la libidinización que se podrá tornar en hijo o hija. Ya para su libidinización la marca orgánica discapacita a la madre, la discapacita desde el deseo en su lugar de madre, injuria narcisista, que no puede elaborar. La deja sin capacidad, sin recursos para sostener y contener a ese bebé inmerso en un profundo silencio.
- Su psiquismo no tolera la muerte de ese bebé largamente soñado y esperado, promoviendo un rechazo materno inconsciente y a veces con rasgos conscientes, por la angustia de castración y herida narcisista que le genera el hijo o hija.

- La marca real deja su efecto en el esquema corporal y en la imagen inconsciente del cuerpo, la misma que es una imagen relacional, construida por el gran Otro, (adultos relevantes), que a partir de la mirada, caricias, palabras, aportarán elementos para la integración como sujetos, pero para que el o la adolescente con capacidades diferentes tenga *una imagen del cuerpo integrada*, será necesario que la madre nombre esta falta, a la vez que le signifique otras partes del cuerpo no lesionadas. Solo con una imagen sana de su cuerpo descubre el mundo externo e interno.
- Si la madre marca la relación madre-hijo solo desde ese “trágico” encuentro con la realidad de su niño, sus relaciones de objeto serán ambiguas y no estructurantes; sólo siendo la madre madura, tolerante, comprensiva y físicamente capaz se convertirá en el primer lazo entre el pequeño y un objeto externo, llevando a su hijo con el encuentro con la realidad y le ayudará a crear la ilusión de omnipotencia que el bebé necesita. Una falla en esa objetividad de la realidad externa se presentará como una falla en esta etapa del desarrollo emocional primitivo.
- El primer vínculo con la madre debe ser estructurante desde el sostenimiento, atención de necesidades, lectura de señales, mirada, caricias, palabras, de lo contrario no se estructura un sujeto de deseo, si no hay relación diádica, se movilizan culpas en la madre debido a su rechazo materno inconsciente que genera sobreprotección, imposibilitando vinculaciones secundarias.
- Lo traumático para él o la adolescente con capacidades diferentes, no es lo orgánico, ni quirúrgico, es, no ser deseado como sé es. Así la marca orgánica no es la causa de la difícil estructuración psíquica o no subjetivización; si no lo es la trama mítica que lo envuelve y una falla en la tríada edípica.



- La función paterna es también estructurante al cortar la diada y posibilitar el ingreso del sujeto en la cultura, imponiendo la normativa, límites y formación del yo.
- En los y las adolescentes con capacidades diferentes, el yo es ambiguo, no estructurado, es decir los límites del yo son precarios, instintivos, impulsivos y agresivos con fantasías de muerte que los y las adolescentes no logran dominar ni manejar, a causa de la falta de la figura del padre, sea por una madre que no posibilita ese lugar o un padre que no desea ingresar.
- La institución escolar, en estas realidades, ejecuta procesos de encierro, de estigmatización, de entrenamiento para la satisfacción de sus necesidades básicas, de cuidados; sin convertirse en un soporte para la estructuración que el yo precario demanda.
- La institución escolar y la misma madre pueden ayudar en el ingreso en la cultura o siempre y cuando la madre permita en el hijo otras identificaciones estructurantes, para alcanzar una identidad definitiva.
- Los y las adolescentes con capacidades diferentes desarrollan un falso self, desde la autoimagen no bien estructurada, carencia de deseo y de la no introducción en la cultura. Se refugia en la fantasía, y posterga sus deseos con frustraciones que se tornan en angustia de muerte; pues lo que está en juego es sólo el Yo ideal de los padres omnipotentes y narcisísticos.
- La reacción de hermanos depende en gran medida de los padres frente a sus hijos, del lugar otorgado a cada uno, de la rivalidad que produce la necesidad de protección, el lugar del privilegio del joven con capacidades diferentes en el aparato psíquico del hermano sano será asiento de celos y envidias que pueden generar culpa.

- La estructura familiar puede girar en torno a la dinámica de abandono o de sobreprotección sin posibilitar el paso de niño a adulto, en adolescentes con capacidades diferentes, quedándose como eternos niños.
- La adolescencia es una etapa que, se tiene que atravesar, pues nadie puede vivir una continua niñez, pero requiere el apoyo y ayuda de los padres en la estructuración psíquica. En los adolescentes con capacidades diferentes se manifiesta que eso yo adolescente no está apto para poder ayudar al desarrollo del verdadero self; ya que el padre de un hijo o hija con capacidades diferentes no toma en serio el proceso adolescente, (a esa posibilidad y sintomatología normal, la rechaza, le parece como inoportuna, la niega), piensa que al hijo no le hace falta nada, que está bien así, tratando de ignorarlos, buscándoles ocupaciones que tranquilicen a sus hijos o hijas
- El exceso de dependencia que entretejen los padres o familiares con un ser con capacidades diferentes no ayuda al logro de una independencia. En verdad es una dependencia mutua de los padres con el hijo/a y de ellos con sus familiares, más próximo a lo patológico, pues, esto no permite el desarrollo de sentimientos básicos de unidad, mismidad, continuidad, básicos para el reconocimiento de que uno sea “uno mismo a través del tiempo” y nos permita reconocernos y ser reconocidos por los otros”, es decir que incluye el espacio, el tiempo y las relaciones.
- La prevención en salud mental en el área de las capacidades diferentes se basa en un trípode:
  1. Los padres sostenedores del desarrollo emocional y psíquico del hijo.
  2. El docente, con quien necesariamente el niño durante grandes partes de su jornada diaria.

3. El psicólogo que ayuda a la develación de las fantasías inconscientes individuales y familiares que se entretajan en relación a la capacidad diferente.
- “El analista debe creer en la naturaleza humana y en el proceso de desarrollo. El analista no debe refugiarse en la teoría ni en la técnica.”<sup>59</sup> Lo que el psicoanalista debe y puede ofrecer es, un lugar donde la persona con capacidades diferentes llegue a pensarse como sujeto, hablar en nombre propio y decidir en función de si mismo, y no en el de la ciencia portadora de un saber. Por lo tanto el trabajo no está en reparar el daño real, el mismo que se inscribirá y será vivido en el mundo interno de acuerdo con las estructuras psíquicas del sujeto, brindándole ese espacio como a cualquier otro sujeto demandante de tratamiento; que el sujeto logre nominar y fantasear, conectarse con su deseo, ese camino se lo debe posibilitar con la escucha, dejando hablar, conociendo su historia y sus proyectos.

---

<sup>59</sup> SCHORN, Martha. *Discapacidad. Una mirada distinta una escucha diferente*, Editorial Lugar, Buenos aires. Argentina, 2004, pág.21

## 6.2. RECOMENDACIONES

- Concientizar la atención oportuna y eficaz, un niño sin una asistencia adecuada y apropiada no sólo se discapacita, también discapacita indirectamente a su familia. Y colaborar rápidamente con la familia, para que no sustente la ilusión de que hay tiempo para todo y no eternice a un profundo bebé y promueva ambivalencias afectivas dentro de la familia.
- Debemos pensar al niño y al adulto con capacidades diferentes como una persona más, donde su cuerpo habla del psiquismo y el psiquismo se expresa en el cuerpo. Así mismo la sociedad y los profesionales no pueden mirar al adolescente con capacidades diferentes como un eterno niño/a que solo hace caprichos o que nada demanda, sino que es necesario que se lo vea como un/a joven que quiere y desea tener un lugar en el mundo familiar y sociedad.
- Colaborar al proceso de subjetivización de los niños y adolescentes con capacidades diferentes. Disolviendo la dicotomía entre lo somático y lo psíquico, entre lo familiar y extrafamiliar, entre los que les corresponde a ellos y lo que nos corresponde a nosotros.
- La Institución escolar debe promover un entretendido social que permita estructurarse psicosocialmente al y la joven con capacidades diferentes, con talleres prácticos, salidas pedagógicas, relaciones sociales, sentido de grupo, el buen trato, acceso a aulas regulares con el apoyo adecuado, donde su presencia desarrolle un proceso de salida al yo no simbolizado, por permanecer en una indiferenciación psíquica, sin tener un lugar en la cultura.
- Se debe atender y entender la adolescencia de personas con capacidades diferentes acentuando lo que tiene en común con la adolescencia general y estudiando lo propio de sus especificidades, así como reconociendo también

la ambivalencia y resistencia de los padres y de la sociedad para aceptar estos procesos de desarrollo. Trabajar sobre la tramitación de la marca en el cuerpo de un niño/a, trabajar la resistencia y la **compulsión a la repetición**<sup>60</sup> en los abordajes de conflictos individuales.

- Ante situaciones de crisis vitales el psicólogo y la psicóloga debe prevenir: ocuparse de un cuerpo, de un sujeto psíquico, su familia e interjuego de éstos y proveer, facilitando al niño el ambiente necesario para que pueda desarrollarse emocionalmente sano.
  
- Se recomienda a los padres que durante la adolescencia la tarea pueden llevar a cabo con sus hijos es:
  1. Hablar de lo que ellos pueden o no ser.
  2. Favorecer actitudes de independencia. Salidas, noviazgos, trabajo.
  3. Pensar en su vida, en todo lo que ellos pueden hacer.
  
- Uno de los objetivos para un proceso de prevención temprana, será abrir las vías para el logro de una simbolización, evitando anudamientos patológicos y propiciando desanudamientos a partir de las asociaciones que acompañan nuestro intercambio en el discurso.
  
- La interdisciplinariedad es una alternativa de trabajo óptimo, un excelente modelo de abordaje y una modalidad de funcionamiento mental, en un ámbito de intercambio y encuentro, para que los padres puedan durante los primeros meses:

---

<sup>60</sup> **Compulsión a la repetición:** impulso de los seres humanos a repetir actos, pensamientos, sueños, juegos, escenas o situaciones desagradables o incluso dolorosas, inconscientemente.

1. Develar las fantasías inconscientes, generalmente persecutorias, que interfieren en la relación con el hijo, “tenemos un hijo raro, un hijo diferente”.
  2. Ayudar a comprender que las mismas, no son más que la proyección masiva del ataque que nuestro superyó hace a nuestro yo por la profunda herida narcisista al no tener un hijo perfecto.
  3. Acompañarles a elaborar los sentimientos de culpabilidad por el daño que ellos consideran haber causado a su hijo o hija.
  4. Contribuir a que ellos descubran sus verdaderas potencialidades como padres, reconociendo a ese hijo con capacidades diferentes como objeto de deseo.
  5. Evitar que ese hijo o hija pase a ser para los padres, el permanente objeto bebé, negando su crecimiento o retrasando su maduración.
- El profesional en salud mental debe proveer un medio facilitador, al igual que los padres con sus hijos, para que su tarea se pueda realizar, es decir un lugar (consultorio), un tiempo (el espacio temporal), el diálogo y la “escucha”. Estar alerta para facilitar que ese encuentro con lo desconocido, permita la apertura de afectos, de los recuerdos, de las dudas, de las fantasías, de todo aquello que generalmente no se puede decir.
  - La realización de investigaciones futuras que promuevan una mejor comprensión sobre la configuración y la sexualidad de los y las adolescentes con capacidades diferentes, promoviendo también proyectos de intervención y técnicas de trabajo que faciliten la ayuda a esta población.

#### 6.4. BIBLIOGRAFIA

“Aula”, DICCIONARIO ENCICLOPEDICO UNIVERSAL, edición 1998, Madrid – España.

ABERASTURY, A., *Adolescencia*. Kargieman Ediciones, Buenos Aires, 1971.

ABERASTURY Arminda y KNOBEL Mauricio; *La adolescencia Normal*; Ed. Paidos, Buenos Aires, Barcelona, México; 1997.

BLEGER José, *Estudio psicoanalítico “Simbiosis y ambigüedad”*, Editorial Paidos, Buenos Aires-Barcelona-México, 1984.

BLEICHMAR, Norberto y LEIBERMAN Celia, *El psicoanálisis después de Freud, “Psicología profunda”*, Editorial Paidos, México, 1997.

DICAPRIO, Nicholas, *Teorías de la personalidad*, Segunda Edición, Ed. McGraw-Hill. México. 1989.

DOLTO, Françoise: *La imagen inconsciente del cuerpo*. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1986.

DSM IV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales*.

FAMILUME, María, Angélica, “Discapacidad y Educación sexual”, “El Cisne” *Periódico Mensual sobre Discapacidad*, Noviembre de 2001.

FREUD, Sigmund. *Autobiografía*. Editorial Alianza Madrid 1970, p.55

FREUD, Sigmund, *El yo y el ello*.

FREUD, Sigmund, *Obras completas. Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*, Vol. 7, Argentina, 1992.

FREUD, Sigmund. *Duelo y Melancolía*, Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1974

GOMEZ CARDOSO, Ángel L, *El niño y la niña con retraso mental*, manual de ayudas para la familia”, 2008, [www.creativecommons.org/licenses.com](http://www.creativecommons.org/licenses.com)

LEVISKY, David, *Adolescencia: reflexiones psicoanalítica*, Ed. Lumen, Argentina, 1998.

MANNONI Maud, *La educación imposible*, Ed. Galache, México, 1979

MASSON, *Clasificación internacional de Deficiencias, discapacidades y minusvalías*, Ministerio de asuntos sociales, Barcelona, 1944.

PICHON RIVIERE Enrique, *Teoría del vínculo*, Edición Nueva Visión, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1985

Plan estatal de desarrollo humano y social. *Personas con capacidades diferentes*, 2004 - 20 – 10, [www.chiguagua.gob.mx/personas con capacidades diferentes.com](http://www.chiguagua.gob.mx/personas-con-capacidades-diferentes.com)

SCHORN, Martha. *Discapacidad. Una mirada distinta una escucha diferente*, Editorial Lugar, Buenos aires. Argentina, 2004.

RODRIGUEZ, Gregorio, GOMEZ y otros, *Metodología de la Investigación Cualitativa*, 1996.

WINNICOTT, Donald: *Escritos de pediatría y psicoanálisis* Ed. Laia. Barcelona. 1979.



### 6.3. ANEXOS

#### A) TALLER

OBJETIVO OPERATIVO	ACTIVIDADES REALIZADAS	REFLEXIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO OPERATIVO	OBSERVACIONES, REQUERIMIENTOS, NECESIDADES	NOVEDADES
<b>Crear una comunidad de aprendizaje: presentación</b>	Presentación del facilitador y del taller	Se obtiene un clima de confianza y respeto por parte los participantes. Hay una participación general en las dinámicas de presentación.	Incertidumbre y ansiedades al inicio por el hecho de no contar con mucho tiempo y gran curiosidad respecto a la temática del taller.	Se inicio el taller tarde puesto que los padres no llegaron a tiempo y faltaron 2 padres de familia.
<b>Problematizar</b>	Se combinó al grupo con la técnica “todos los que”	Luego de la explicación de términos de configuración psicosexual en adolescentes con capacidades diferentes se procedió a repartir las tarjetas para que escriban sus impresiones positivas y negativas. Existe una participación colectiva en la técnica propuesta.	Asombro respecto a la temática. Se noto un poco de inseguridad al expresar en un inicio sus opiniones; luego de la explicación ya existe la predisposición a expresar.	Los padres traen prejuicios muy definidos de la psicosexualidad, enmarcando el tema a las relaciones sexuales, sensaciones corporales y enamoramiento.
<b>Reflexión</b>	Se procedió a la división del grupo por medio de la asignación de números pares e impares	Se obtuvo claras formas de pensar en cuanto al tema, las que fueron expuestas en plenaria en cada subgrupo. Opiniones diversas en cuanto al desarrollo social, emocional, biológico de sus hijas sus vivencias, dificultades para tratar el desarrollo psicosexual de sus hijas.	Se mostró en un inicio un alto nivel de interrogantes. Pero poco a poco se fueron aclarando ideas, y los padres trabajaron activamente en la actividad, y demandan mejorar sus conocimientos sobre la psicosexualidad de sus hijas para saber apoyar su desarrollo.	Experiencia muy enriquecedora para los padres que se identificaron en su rol de proveedores y cuidadores de sus hijas. Reconocieron que no habían visto a sus hijas como adolescentes plenas sino como niñas. definieron sus miedos y lograron diferenciarse de la realidad de sus hijas, pues sus hijas no veían la vida como ellos.
<b>Conclusiones</b>	El plenaria de expusieron las diferentes opiniones vertidas en cada grupo	Se logro el objetivo evidenciándose en la participación voluntaria individual en cada subgrupo y mediante la exposición de sentimientos y necesidades de otras temáticas a tratar en el futuro.	Se manifiesta la necesidad de profundizar talleres para conocer la psicosexualidad de sus hijas	Los padres salieron con ideas claras y generales sobre lo que significa el desarrollo psicosexual en adolescentes con capacidades diferentes. Reconocieron que sobreprotegían a sus hijas.
<b>Cierre</b>	Agradecimiento por la participación grupal	El cierre no fue muy amplio por circunstancias del tiempo. Los padres realizaron una evaluación objetiva del taller.	El trabajo cumplió con su objetivo de informar sobre la investigación y poner a disposición el trabajo y sus resultados, para usarlos a futuro	

## **B) TOMA DE TEST PROYECTIVOS.**

### **CASO 1**

#### **EVALUACIÓN PATA NEGRA**

**NOMBRE:** M.B.A.    **SEXO:**    **femenino**

**TIEMPO:**    **1 hora y 15 minutos**

#### **IDENTIFICACIÓN DE PERSONAJES**

Pata Negra: hombre de 5 años

Cerdos blancos pequeños: amigas, quienes más se enojan

Cerdo blanco grande: papá, el que más le gusta

Cerdo con mancha: madre, menos buena

Son una familia papá, mamá, P.N. menos los amigos.

#### **HISTORIAS**

##### **✕ LAMINA 1**

Le dan comida a los 2 puerquitos que son hermanos, (los cerdos grandes) son nuestros padres que están dormidos, P.N. se hizo pipí en la tierra, después limpió el baño, aplastando la palanca.

##### **✕ LAMINA 2**

Son los padres, casados, cariñosos, se abrazan y besan, el hijo P.N. está mirando a sus padres.

##### **✕ LAMINA 4**

P.N. está dormido y sueña con sus padres y los otros hijos, que están mirando al Señor joven que empuja a los cerditos, enciende el carro y se van por 5 hrs. de viaje.

✘ LAMINA 6

Allá está la casa, el chanchito va caminando de paseo, mientras que los padres están lejos, en esa casa. El chanchito P.N. va al parque y a las montañas; después sigue hacia la casa donde están los padres e hijos felices.

✘ LAMINA 11

Los hijos comen de la madre, mientras la señora le da de comer sopa a la madre; los demás cerditos hermanos miran.

✘ LAMINA 12

La madre mira al cerdito P.N. y P.N. extraña a su mamá.

✘ LAMINA 13

El hijo sueña con su padre, pero su padre le mira solo un poquito y P.N. está triste.

✘ LAMINA 14

Está la madre y el hijo tomando teta, son como gemelos, y luego mamá se fue a trabajar.

✘ LAMINA 15

Los puerquitos miran como P.N. toma leche de su mamá, ellos están contentos porque están jugando y pelean porque son malos; después P.N se aleja de mamá y mamá le abraza.

✘ LAMINA 16

Es de noche, está oscuro, está dormido el puerquito, los otros 2 puerquitos murieron porque se cayeron, y son familia.

✘ LAMINA 17

El Hada madrina hizo magia luego la varita se cayó al suelo, y P.N. no recibió magia y estuvo triste.

### TRES DESEOS

- ser feliz, dulces
- que se vayan de viaje los hijos.
- Le gustaría ser la hermana mayor.

## CASO 1

### EVALUACIÓN DEL CAT

**NOMBRE:** M.B.A.      **SEXO:** femenino

**TIEMPO:** 1 hora y quince minutos

**CONDUCTA:** Colaboradora, espontánea, quiere terminar pronto.

1. Están comiendo chocolate en la mesa, la familia y conversan
2. La familia está sin zapatos en el piso, jalando la cuerda, el padre se cayó y los hijos también.
3. Dentro del cuarto está una silla, el papá está sentado mirando la ventana, el hijo está sentado abajo mirando al padre, cuando se le cayó el bastón y después se cayó el papá, el niño mira como se rompió el bastón y al padre que se cayó.
4. En el parque está una mujer ocupada y retrasada con su bebé y compras; caminando rápido; atrás va una niña que es la hija se cae con el balón, se rompe el balón y se golpea con la piedra en los pies, al final la mamá se queda y le ayuda.
5. Ahí están dormidos los niños, en la cama están los padres, y se caen y se rompen a cabeza los papás, los niños se despiertan y miran lo que se cayeron los padres
6. Están dormidos los padres en el parque, el niño está muy solito se golpea y se cae.
7. ese señor está feo, (vira la página) está comiendo al niño, el niño se cae.

8. Los padres están tomando café en la sala, están conversando, tras la ventana mira la abuelita, el niño mira a todos que están felices y es feliz, la señora es la maestra y le cura la cabeza al niño.
9. El niño está dormido en la cama, se cae de cabeza, se cierra sola la puerta, el niño se queda solito adentro, mira por la ventana se sale por ahí y se va fuera del país.
10. El joven está mirando lo que el niño va al baño y hace pipí, y luego el joven le va a bañar
11. nada

## CASO 2

### EVALUACIÓN PATA NEGRA

**NOMBRE:** A.C.      **SEXO:** Femenino      **TIEMPO:** 1 hora

#### IDENTIFICACIÓN DE PERSONAJES

Pata negra: hombre de 16 años.

Cerdos blancos pequeños: hombres de 17 y 18 años, son más fuertes.

Cerdo blanco grande: hombre de 31 años, amigo, no le quieren.

Cerdo con mancha: mujer de 30 años – amiga, le quieren.

#### HISTORIAS

✘ LAMINA 2

Había una vez dos chanchitos que estaban en el bosque abrazaditos sobre la hierba. P.N. esta fuera mirando a sus amigos y le gusta estar solo.

✘ LAMINA 4

P.N. está durmiendo en la hierba y sueña con sus amigos, que miran a un señor que sube chanchitos a una carreta quiere llevarse a sus amigos, pero se quedan no les lleva, y P.N. se despierta

✘ LAMINA 6

P.N. está caminando para llegar a la montaña, ve unos árboles y está solo no hay otros chanchitos, están ocupados

✘ LAMINA 8

P.N. está llorando quiere ir a donde su mamá pero no le deja el pato, porque le agarra duro; y la mamá va a ayudarle, le lleva al bosque al chanco y el pato se queda.

✘ LAMINA 10

Todos duermen en un bosque de noche, al final de la noche se despertaron era de día y caminaron al bosque juntos.

✘ LAMINA 12

P.N. está soñando en P.N, se despierta y quiere ir al bosque pero no se va

✕ LAMINA 13

P.N. sueña en la mamá y se van al bosque

✕ LAMINA 15

Todos están en el bosque son iguales P.N. y su papá. El hijo toma la leche del papá, el papá no quiere darle, deja de tomar y los amigos no quieren acercársele y el papá se aleja.

✕ LAMINA 16

P.N. está solo dormido en el bosque, se perdió y no le buscaron.

### TRES DESEOS

Le gustaría ser Pata Negra o el chanco grande con mancha.

### DESCRIPCIÓN DE PERSONAJES:

La chancha grande con mancha es la más fuerte.

Pata Negra: el más agradable

## CASO 2

### EVALUACIÓN DEL CAT

**NOMBRE:** A.C.      **SEXO:** Femenino      **TIEMPO:** 40 minutos

**CONDUCTA:** Colaboradora y tarda para hablar frente a las láminas, no se expresa fácilmente.

1. El papá está afuera de la casa; el hijo, la hija y el hijo están en la mesa, el segundo hijo come, los otros no.
2. Los niños están jugando a la cuerda porque les gusta, los dos hijos le ganan al papá.
3. El papá está sentado en la casa cansado de caminar afuera, el hijo está sentado afuera en el agua, después le llama al hijo para comer.
4. El hombre está jugando en la bicicleta atrás de la mujer que camina en la calle, con un bebé y una canasta, el bebé quiere coger una pelota. Llega la señora al bosque porque salió a caminar, la señora y el señor no son familia.
5. (silencio)(pregunta qué es) Están dos niños durmiendo en la cuna, porque tenían sueño, antes estaban en la ventana se cansaron, se durmieron y se despertaron a ver la ventana.
6. En la noche, en el bosque el niño está despierto, mirando las hojas y sus padres están durmiendo, hay mucho viento y árboles, después el papa y la mamá se despiertan van a la casa y dejan al niño solo.
7. El hombre está desnudo, cogiéndole al niño, que está trepando a los árboles para que no le atrape y se escape.
8. Es una familia que está en la casa, sentados mirando el espejo, la mamá está en el espejo. La mujer con el niño es la mamá le dice que no se vaya al bosque porque estaba caminando para irse al bosque.
9. Un bebé está en la cuna mirando al espejo, y quiere bajarse a caminar, se baja al piso, camina, luego mira otra vez al espejo, se va a la puerta y sale a jugar a la calle.
10. Está el papá con su bebé. Que quiere usar el baño; pero se baja el bebé y se va al bosque, y no usa el baño, el papá se queda sentado.
11. Está vacío.



**CASO 3.**  
**EVALUACION PATA NEGRA**

**NOMBRE: J.A.O.**

**SEXO: Masculino**

**TIEMPO: 50 minutos**

**IDENTIFICACIÓN DE PERSONAJES**

Pata Negra: hijo varón de 14 años

Cerdo blancos pequeños: hermanos

Cerdo blanco grande: papá

Cerdo con mancha: mamá

**HISTORIAS**

✘ LAMINA 1

En una chanchera están durmiendo los papás y los hermanos también; mientras que P.N. se enredó las patas y después se despiertan los papás y le salvan rompiendo el hilo con los dientes

✘ LAMINA 2

Se besan los papás y el hijo de la madre les mira, que no es hijo del papá.

✘ LAMINA 3

Los papás raspan la hierba para conseguir comida; los hermanos se pelean porque no se llevan bien, lejos de la mamá; y un hermano tiene miedo y le avisa a la mamá.

✘ LAMINA 4

P.N. está herido; descansando y sueña que los papás y los hermanos miran cómo se llevan a la cabra para hacer carne.

✘ LAMINA 5

La cabra está yendo y P.N. se chupa la leche porque tiene hambre y nadie más podía darle de comer, la cabra se quiere ir y se enoja P.N.

✘ LAMINA 7

Papá le da de comer a su hijo. Mamá también al suyo, pero a Pata Negra nadie le da de comer y está furioso.

✘ LAMINA 10

El chanchito hermano de Pata Negra y su papá miran a la luna, el papá está cerca; y el otro hermano y P.N están durmiendo, la cerca le separa a P.N de su papá.

✘ LAMINA 11

Un señor le da de comer a la mamá y los hijos maman la teta de la cerdita; y P.N. mira de cerca; está triste porque la mamá no le da y otro señor le cubre con paja a la cerdita y a sus hijos.

✘ LAMINA 12

P.N. está soñando con su mamá para que le cuide y le da un besito.

✘ LAMINA 13

P.N está soñando con el papá porque quiere darle 1 besito pero no puede porque es un sueño.

✘ LAMINA 14

La mamá da la teta a P.N. y P.N. está feliz porque quiere estar feliz y la mamá lo mira feliz

✘ LAMINA 15

Los hermanos le ven a Pata Negra con su mamá, eso no les gusta y comen hierba.

✘ LAMINA 16

P.N. se cayó en un charco de lodo en medio de la luna y la noche; la hierva le tapa, P.N. pide ayuda, no le escuchan y se queda ahí.

✘ LAMINA 17

A P.N. el Hada le está concediendo tres deseos:

- 1) que la mamá sea feliz
- 2) que el papá se reconcilie con la mamá
- 3) que se cure

## EVALUACIÓN DEL CAT

**NOMBRE: J.A.O. SEXO: Masculino TIEMPO: 30 minutos**

1. En la mesa comen los niños y están esperando que les sirvan la comida y el papá les sirve
2. Están compitiendo a quién gana a las fuerzas, se cae al lodo la mamá y el hijo, y papá gana.
3. El papá es un señor muy fumador y su hijo está sentado en las rocas mirándoles y le quiere dar un abrazo.
4. La señora cargando a su hijo y a la leche, detrás le persigue un niño.
5. Un palacio, en el cuarto está la cama, la lámpara, la cuna, en la cuna están los niños y en la cama papá y mamá debajo de las cobijas.
6. En un bosque lleno de hojas duermen papá y mamá acostados, el hijo despierto mirando las hojas y después se queda dormido.
7. La vampiro le está cogiendo al niño para cocinarle, pero se le escapa y se va donde la mamá y la vampiro se quedó cocinada.
8. La mamá le aconseja al hijo que no sea malcriado y los abuelitos discute que no tienen para darle al niño que estudie.
9. A través de la puerta el niño está solo en el baño, porque se fueron sus padres, está asustado y a la noche llegan el papá y la mamá.
10. La mamá le está pegando al hijo porque no avisó para ir al baño, se hizo popó, luego le lleva al baño, le cambia y le hace dormir.
11. nada

## CASO 4

### EVALUACION PATA NEGRA

**NOMBRE: R.S.      SEXO: femenino      TIEMPO: 1 hora**

#### IDENTIFICACIÓN DE PERSONAJES

Pata negra: niña de 7 años

Cerdos blancos pequeños: hermano y primo de 8 y 9 años

Cerdo blanco grande: papá

Cerdo con mancha: mamá

#### HISTORIAS

✘ LAMINA 1

Pata negra se orina en la tina de comida, se queda orinando y todos los demás están durmiendo cuando se despertaron no se dieron cuenta y P.N. no les contó.

✘ LAMINA 2

Se están abrazando con Pata negra porque son hermanos y se quieren, el otro les mira, está triste porque no le abrazan

✘ LAMINA 4

El chanco P.N. está tomando leche de una cabra; y se quedó tomando porque le gusta para crecer, la cabra está parada y el chanco no le deja ir.

✘ LAMINA 7

El papá chanco está tomando agua con el hijo, Pata negra está mirando como toman; está bravo porque no toma con ellos y la mamá está dando el chanco la leche; no le quieren sus papás porque no le dan de comer y P.N. se queda sin comida.

✘ LAMINA 10

Están durmiendo el papá y la mamá, está viendo el hijo P.N. los otros también duermen, el P.N. no se acuesta porque quiere seguir viendo.

✖ LAMINA 12

P.N. está soñando con la mamá porque le quiere mucho, y la mamá le veía desde la nube como dormía.

✖ LAMINA 13

P.N. está soñando con el papá y el papá también le está mirando como duerme y P.N. tenía mucho sueño, pero él quería estar con la mamá aunque les quería a los dos.

✖ LAMINA 16

Está mirando la luna el chanco P.N. está solito; en un bosque; le gusta la hierba, en la noche, está en el lodo vino caminando para buscar una flor y no la encontró porque está oscuro y se perdió, y los hermanos no lo encontraban a P.N; y se quedó pegado en el lodo; P.N. no fue a su casa y se quedó triste.

✖ LAMINA17

Y Pata Negra se quedó perdido solito y su familia estaba feliz porque no estaba el hijo. Al final P.N. se quedó solo y no estaba feliz, el hada le iba a ayudar.

### TRES DESEOS

1. que no se pierda.
2. que obedezca a su mamá.
3. que obedezca a su papá.

### DESCRIPCIÓN DE PERSONAJES:

Mamá: más fuerte.

Papá: el débil.

Hijos: les quieren más.

PN.: a quien no quieren, la mancha le hace diferente

## EVALUACIÓN DEL CAT

**NOMBRE: R.S.**

**SEXO: femenino**

**TIEMPO: 1 hora**

CONDUCTA: callada, tranquila, pasiva y tarda para hablar frente a láminas.

### HISTORIAS

1. Los niños están comiendo; el niño 1, el niño 2, y el niño3, tomando su sopa que les sirve la mamá, y se comieron pero un niños no comió (silencio), no se levantaron y mamá los está viendo, y le habló al niño y castigó porque no comió la sopa, le mando a que se quede en su cuarto.
2. Los niños están en una competencia jalando la cuerda para ganar (silencio), y se quedan jalando
3. El estaba parado y se sentó; junto a él en el piso, el niño estaba viendo la pipa, mientras el papá fumaba, los dos están tristes, pero el papá no le amarca, está bravo, al final el papá se va a caminar con el bastón solo.
4. El niño está en la bicicleta, y la señora que lleva leche y a un niño amarcado que es el hermano del niño, va caminando a la casa; están en el parque; y la señora se va con su hijo y el chico se queda en el parque.
5. El bebé está en la cuna durmiendo, está con la mamá dentro de la cuna; porque está haciéndole dormir y los dos se quedaron dormidos en la cuna, la lámpara está apagada, en la cama no hay nadie y está tendida.
6. Están afuera en los árboles, una familia, el niño esta durmiendo en el suelo detrás esta una montaña.
7. Una bruja queriendo coger al niño, el niño salió corriendo porque quiere cogerle para cocinarle; pero corre y no le coge.

8. Están sentados en una reunión en el sillón, el papá con la mamá, y la tía está con el hijo que le está cuidando; los papás están sentados tomando café; y se seguían sentados, pero el niño se pone a jugar en toda la casa.
9. El bebé está solito sentado en el cuarto, en la cuna, durmiendo; y la puerta está abierta para que no haya mucho calor; siguió abierta la puerta y la mamá le dejó solo, se demoró mucho, el niño ya despertó y se quedó esperando pero nunca llegó la mamá.
10. La mamá le quiere llevar a bañar al hijo, la lleva amarcado, porque el niño no quería bañarse porque quería estar sucio, y le baña en agua fría por malcriado, después le saca de la ducha y va a cambiarle, el niño ya no lloraba, después le llevó al baño a orinar, mamá estaba brava y se quedó sentada y el niño se fue.