

## Psicoterapia psicoanalítica con niños deficientes mentales

**Lic. Alicia Fagliano\***

### **Introducción**

El campo de aplicación del psicoanálisis como psicoterapia ha ido ampliándose constantemente, tal como de manera visionaria lo imaginó Freud (1918). En el caso del análisis de niños, alrededor de 1920 se sentaron las bases efectivas para abordar el tratamiento de pacientes muy pequeños con severos trastornos del desarrollo, y que hubieran alcanzado un nivel de inteligencia normal de no mediar dificultades más o menos graves en los vínculos primarios. Es así que el tratamiento de la deficiencia mental en niños ha sido tenido en cuenta como una consecuencia de trastornos neuróticos graves o de psicosis, pero siempre que la estructura de base del sistema nervioso sea normal y que no hayan existido trastornos genéticos o lesionales.

Para los niños que presentan trastornos severos del desarrollo por deficiencia mental provocada por síndromes genéticos o como consecuencia de lesiones cerebrales, en general se enfocan las dificultades emocionales como defectos que ocurren a consecuencia de su enfermedad al momento de nacer. Los tratamientos que se inician con ellos, aun desde muy pequeños, son de tipo reeducativo, medicamentoso, de escolaridad especial, pero en pocas oportunidades se evalúa la posibilidad de incluir el tratamiento psicoterapéutico. En la literatura psicoanalítica escasean los trabajos donde se intenta el abordaje específicamente psicoterapéutico de estos niños.

En este artículo intento plantear, con mayor amplitud, la comprensión psicoanalítica para los niños deficientes mentales y las consecuentes ventajas para el

---

\* [afagliano@gmail.com](mailto:afagliano@gmail.com) / [CV](#)

desarrollo integral de su personalidad, que redundará en una mejor calidad de vida tanto del niño como de la familia.

Existe, en el ámbito psicoterapéutico en general y psicoanalítico en particular, el concepto de que los deficientes mentales por causas genéticas o lesionales no son personas que puedan beneficiarse con un tratamiento de psicoterapia individual.

Sabemos que el desarrollo de la inteligencia en niños con estas dificultades no alcanza la complejidad del pensamiento simbólico de un sujeto con una dotación normal del sistema nervioso, sino que –en el mejor de los casos, y con deficiencias leves– alcanza el nivel de ciertas operaciones lógico-concretas.

Pasaré ahora a precisar el uso de los términos, para ubicar la población de niños a los que me referiré. Ésta se circunscribe específicamente al campo de las oligofrenias o el retraso mental, como trastornos deficitarios producidos por causas genéticas o no genéticas (malformaciones, aberraciones cromosómicas u oligofrenias adquiridas de origen prenatal, natal perinatal y postnatal), para diferenciarlos del campo de las deficiencias mentales como consecuencia de severos trastornos del desarrollo, como por ejemplo las psicosis infantiles o neurosis graves.

Otro factor que también dificulta el abordaje es la falla del desarrollo del lenguaje, dado que es limitado, de aparición tardía; en muchos casos, plagado de dislalias, y en otros sin desarrollo –en quienes sólo encontré la aparición de algunas sílabas–. En el caso de bebés o niños muy pequeños, se suelen indicar tratamientos de estimulación temprana antes que algún tipo de tratamiento psicológico o de contención familiar.

Paradójicamente, casi sólo los niños dotados de un bagaje intelectual supuestamente normal (dado que no habría patologías orgánicas o genéticas de base en la causación del trastorno) podrían acceder al tratamiento psicoterapéutico, aunque se encuentren severamente limitados en su capacidad de comunicación, expresión y pensamiento. Esto ocurre en el caso de niños psicóticos, a los que se supone con un potencial intelectual normal o superior a pesar de presentar severos déficits de simbolización y de comunicación que los hace discapacitados mentales.

El panorama se complejiza con frecuencia por la aparición de un interrogante, en cierto modo “utilitario”, tanto en los padres como en la comunidad médica y pedagógica: ¿vale la pena invertir los esfuerzos que implica la prosecución de una psicoterapia a largo plazo en un niño que presenta, desde el inicio de su vida, un panorama de desarrollo limitado, ya que posiblemente no pueda adquirir la autonomía

necesaria para autovalerse cuando llegue a ser adulto?, ¿se obtendría algún beneficio que pudiera cambiar las condiciones de vida de estos niños?

### **Antecedentes teórico clínicos. Reflexiones**

Probablemente esta idea de exclusión del abordaje en psicoterapia de niños deficientes mentales haya quedado instalada a partir de ciertas afirmaciones de Freud que tienen su fundamento en los términos en que pensaba el método psicoanalítico y a qué tipo de pacientes se podía aplicar con éxito.

En "La sexualidad en la etiología de las neurosis" (publicado en 1898): "La terapia psicoanalítica no es por el momento de aplicación universal; tengo noticia de las siguientes limitaciones: exige cierto grado de madurez e intelección en el enfermo, y por eso es inepta para personas infantiles o adultos imbeciles o incultos" (p. 274). Más adelante agrega: "Considero muy posible que se puedan desarrollar procedimientos complementarios para niños y para el público que demanda asistencia en los hospitales".

En "El método psicoanalítico de Freud" (publicado en 1904): "La persona que haya de someterse con provecho al psicoanálisis debe llenar muchos requisitos. [...] Además corresponde exigirle cierto grado de inteligencia natural y de desarrollo ético; en personas carentes de todo valor, el médico pronto pierde el interés que le permite profundizar en la vida anímica del enfermo" (p. 241).

En "Sobre psicoterapia" (publicado en 1905): "Ahora bien, la psicoterapia analítica no es un procedimiento para tratar la degeneración neuropática; al contrario, encuentra en ésta su límite. [...] No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar aun así una psicoterapia de las psicosis" (p. 253).

Creo que estas afirmaciones desanimaron la posibilidad de imaginar una psicoterapia en un niño o joven deficiente mental, ya que la inteligencia y el lenguaje son factores indispensables para considerar el abordaje psicoterapéutico en general y psicoanalítico en particular.

Recordemos que, a pesar de estas afirmaciones, el mismo Freud consideraba con optimismo que la aplicación de su método pudiera ser ampliada en el futuro a otros tipos de patologías. El progreso del conocimiento y la experiencia conducirían a establecer las modificaciones técnicas necesarias para extender el campo de trabajo.

En "Conferencia 28, La terapia analítica" (de 1916): "Como ustedes saben, la terapia analítica es joven; se requirió largo tiempo hasta que pudieran establecerse su técnica, y ello sólo pudo hacerse en el trabajo mismo y merced a la experiencia creciente" (p. 417).

En "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica" (de 1918): "Por otro lado, puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan a la cirugía básica. Y que las neurosis no constituyen menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que a ésta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo de las filas del pueblo. Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica, quienes aplicando el análisis volverán más capaces de resistencia y más productivos [...] a niños a quienes sólo les aguarda la opción entre el embrutecimiento o la neurosis" (p. 162).

En la misma obra, concluye: "Y también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa [...]. Pero cualquiera sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo" (p. 163).

La tarea que propongo, por difícil que resulte, es evitar un mayor deterioro afectivo y cognitivo y la institucionalización sin retorno de un joven o adulto deficiente mental. Para que esto no ocurra, el sujeto debe tener la oportunidad de desarrollar un *self* consistente, hasta donde sus propias condiciones se lo permitan.

En la historia del desarrollo de las teorías psicoanalíticas, se puede observar cómo las afirmaciones de Freud acerca del progreso y la extensión de la psicoterapia psicoanalítica que han ocurrido a partir de los aportes teóricos y clínicos fundamentales de las escuelas francesa e inglesa se están cumpliendo. Esto permitió el abordaje de pacientes psicóticos, de niños pequeños y de pacientes severamente perturbados.

Melanie Klein trata el problema de las inhibiciones intelectuales desde sus primeros artículos. En "Análisis infantil" (de 1923), donde se ocupa de estudiar las inhibiciones neuróticas del talento, afirma que "la ausencia o presencia de capacidades (o incluso el grado en que están presentes), aunque parezcan determinadas simplemente por factores constitucionales y formando parte del desarrollo de los

instintos del yo, demuestran estar determinados igualmente por otros factores libidinales, y ser susceptibles de cambiar a través del análisis”.

Dentro del psicoanálisis, ha sido Maud Mannoni quien en su libro *El niño retardado y su madre* (publicado en 1964) introdujo dentro del campo clínico las problemáticas emocionales de los niños retardados y los prejuicios sociales (incluidos los de los propios psicoterapeutas) que niegan el advenimiento de la propia subjetividad.

Anne Alvarez, en su libro *Live Company* (2001), al hacer una reseña de la ampliación del campo de aplicación del método psicoanalítico, resalta la influencia de Donald Winnicott y los nuevos campos de tratamiento que el psicoanálisis ha inaugurado en los últimos tiempos.

“Ha habido posteriores desarrollos, muchos de ellos en el área de la psiquiatría preventiva. Las enseñanzas de Donald Winnicott, el gran pediatra y analista de niños, han inspirado a los terapeutas de niños ya entrenados en la observación de infantes, a comenzar a trabajar en seguimiento de bebés y en unidades obstétricas y pediátricas en hospitales generales para ayudar a las madres de bebés angustiados con problemas de alimentación o de sueño (Daws, 1989). A algunos de ellos se los convoca para ayudar a madres con bebés que parecen demasiado aislados por razones de salud y por su propio bien. Algunos son consultados en centros de día para los bebés y niños menores de cinco años, algunos otros en hogares residenciales de niños y en unidades de bebés prematuros. Otros están trabajando con niños con sufrimiento emocional de niños discapacitados físicos y enfermos terminales y con los padres y los enfermeros que cuidan de ellos (Sinason, 1986; Judd, 1989). A pesar de que este trabajo no es siempre en cada caso una sencilla terapia psicoanalítica, involucra el uso de muchas de las habilidades, especialmente la sensibilidad y familiaridad con los primitivos, casi insuportablemente dolorosos estados de la mente” (Alvarez, 2001).

### **Puntos de partida para la psicoterapia**

J. de Ajuriaguerra, en su *Manual de psiquiatría infantil* (1975) afirma: “Desde este punto de vista, se puede aceptar [...] que el déficit mental depende de la asociación de dos criterios (cada uno de los cuales aisladamente es insuficiente). Una inferioridad general del desarrollo intelectual que se inicia en el período del desarrollo y

una mediocre cualidad de respuesta a los estímulos del medio natural y social (deterioro del comportamiento adaptado)".

Es el área de los fenómenos presentados en el segundo de los criterios donde reflexiono en este trabajo. ¿Hasta qué punto esa cualidad de respuesta se encuentra determinada por la severa perturbación de los vínculos tempranos con los padres, los cuales de por sí aparecen cargados de profunda ambivalencia y a veces rechazo manifiesto hacia ese bebé que nace distinto y con un pronóstico reservado de desarrollo mental y de su personalidad? El nacimiento de un niño deficiente provoca una situación traumática de gran intensidad en la familia. El grado de elaboración de esta situación dependerá de la personalidad de los padres, de las circunstancias familiares por las que atraviesan y de una multiplicidad de factores a tener en cuenta en cada caso. Pero básicamente este nacimiento afecta el equilibrio narcisista de cada uno, y de modo decisivo determinará la crianza de ese bebé.

En este sentido, los psicoanalistas nos estamos ocupando de estudiar con creciente interés cómo esta ambivalencia emocional en los padres altera los contactos primarios fundantes del psiquismo, y consecuentemente hasta qué punto estos vínculos acarrearán distorsiones severas del desarrollo del *self* y del mundo mental.

En cualquier paciente neurótico, el aspecto infantil de la personalidad se altera por la actitud ambivalente de los objetos primarios. Esta situación se acentúa frente a un niño deficiente.

La inhibición intelectual como resultado de las angustias ante el conocer inteligente es comprensible si estamos frente a un niño neurótico. También se puede comprender la falta de desarrollo y las deficiencias del aparato mental en un niño psicótico, profundamente perturbado emocionalmente. Pero ante un niño con un diagnóstico de debilidad mental, la perspectiva se torna incierta. La familia y su entorno creen que no logrará alcanzar un desarrollo de su subjetividad que sustente una identidad personal original, productiva, capaz de integrarse en la familia y en los diferentes grupos en los que tuviera oportunidad de ser incluido.

Muchas de las dificultades que De Ajuriaguerra denomina "deterioro del comportamiento adaptado" son la resultante de los problemas emocionales provocados por las perturbaciones de los vínculos tempranos, perturbaciones que se perpetúan y que condicionan y agravan aun más la deficiencia del desarrollo intelectual.

Desde Freud sabemos que el desarrollo de la inteligencia depende del desarrollo emocional del sujeto y no sólo de la dotación del sistema nervioso central en sí mismo. Para el psicoanálisis, la idea de la aptitud de la inteligencia está directamente

relacionada con la capacidad de enfrentar las ansiedades internas, con la posibilidad de sentir seguridad y confianza en sí mismo y el medio ambiente para transitar todas aquellas experiencias que progresivamente constituirán la diferenciación eficaz entre los territorios del yo y del no-yo.

Los aportes teóricos y clínicos que se abren a partir de la obra de Winnicott y Bowlby centran el estudio del desarrollo del sentido del sí mismo y de la constitución de la identidad y en qué medida los vínculos tempranos los afectan. Las teorías del espacio transicional, el juego, el verdadero y falso *self*, la teoría del apego así como las fructíferas líneas de investigación que continuamente se abren partiendo de sus obras permiten adentrarse en el conocimiento del proceso de mentalización del niño y la construcción del mundo interno a partir del establecimiento de las relaciones de objeto y su internalización. Ambos autores ponen en primer plano las fallas ambientales que condicionan los sentimientos de seguridad o vulnerabilidad resultante de los vínculos primarios como generadores de patología.

Estas perspectivas permiten comprender con mayor precisión las vicisitudes y los riesgos de desarrollo de patologías en la constitución del *self*. Cuando esto ocurre, la dotación mental que traigan los niños deficientes mentales se verá menoscabada en mayor medida porque el desarrollo por la vía óptima (Bowlby) se encontrará obstaculizado por la constitución de un *self* frágil y debilitado. En muchos casos se esconde en la coraza de un falso *self* rígido, y en casos de mayor gravedad la imposibilidad de integración da paso a la aparición de rasgos psicóticos.

Podría pensarse que tratar a estos niños requiere modificaciones importantes en la técnica. Seguramente será necesario implementar modificaciones en la técnica, pero, según mi experiencia, la posición analítica de preservación del encuadre, que tiene como núcleo la actitud emocional equilibrada, receptiva y de observación por parte del analista, hace que las modificaciones necesarias no sean lo más importante y dependan más del caso individual que de reglas preestablecidas.

El trabajo terapéutico general precisa que se trate también a la familia, que en estos casos necesita y requiere constante contención y orientación terapéutica para elaborar la situación traumática y abrir el horizonte, de modo que puedan anidar la esperanza y una comprensión lo más realista posible de las limitaciones de la situación del niño afectado.

Entiendo que es dentro del marco teórico y clínico del psicoanálisis donde el abordaje psicoterapéutico puede llevarse a cabo. Desde el marco teórico, los estudios sobre el desarrollo temprano y la constitución del *self*; desde la clínica, trabajando con

la transferencia y la contratransferencia. Creo que de otro modo resultaría imposible sostener estos tratamientos que suelen ser de largo alcance en el tiempo y que acompañan –la mayoría de las veces– el desarrollo hasta la adultez.

El norte de la brújula estaría dirigido a tratar de alcanzar la comprensión de lo que ocurre en cada sesión. “Comprender antes que nada” (Valeros, 1997). Tratar de lograrlo, sin prejuicios teóricos que pudieran contaminar la espontaneidad de la relación con el paciente, mantener viva la capacidad de observación y de detección de los pequeños cambios, de lo nuevo en el vínculo terapéutico. Desde esta perspectiva, ninguna sesión es igual a la otra, y nos pone a salvo de la amenaza de pérdida del interés de la que hablaba Freud.

Comprender la situación de la familia, cuyo referente más sólido está en la contratransferencia del analista frente a su paciente y que en muchas ocasiones resulta muy intensa y perturbadora.

Los fundamentos de este tipo de psicoterapia siguen estando, como pide Freud, en los “ingredientes más eficaces e importantes del psicoanálisis riguroso”: las hipótesis del inconsciente, de la sexualidad infantil y del uso de la transferencia y la contratransferencia para la conducción del tratamiento. Tan importante como éstos, son la actitud comprensiva y sensible del analista y el modo de entender a cada paciente derivado del propio análisis, la experiencia clínica y la formación teórica.

### **Ilustración clínica**

Cecilia tenía cuatro años cuando fue traída a la consulta psicológica. Fue derivada por su neurólogo y su kinesióloga dado que el estado de aislamiento y la angustiada situación familiar hacían muy difícil encarar cualquier tipo de tratamiento kinesiológico o de reeducación e inclusión en colegio especial. Según sus padres, recién entonces el neurólogo les había dado el diagnóstico de autismo causado posiblemente por su problema orgánico. Ellos aceptaron traerla a la consulta, esperanzados en una mejoría de la niña.

El diagnóstico médico neurológico remitido consignaba: “Padece un importante retraso mental condicionado por una disgenesia. Presenta retardo mental y conductas atípicas. Desde el primer año desarrolla una epilepsia sintomática...”.



Los padres se dieron cuenta a los seis meses de que la nena tenía problemas, y a los nueve meses se diagnosticó el origen orgánico del retraso madurativo. Tienen otra hijita que en el momento de la consulta psicológica había cumplido once meses.

En las primeras entrevistas se los percibía agobiados; la mamá no podía dejar de llorar y decía "Si al menos diera alguna respuesta de que nos reconoce, pero nada...". Relató que se sentía ahogada por la situación de su niña y que no era dueña de su vida. Esto empeoró desde que la niñera que la ayudaba tuvo que dejar de trabajar con la familia. El padre trataba de contenerse y no desequilibrarse, aunque reconoció que a veces tenía también sensación de asfixia: "Cuando se hace mucho y se consigue poco se hace el desgaste".

La madre temía constantemente que volvieran a producirse convulsiones. Su estado emocional había ido empeorando; se sentía cada vez más exigida, trataba de estar bien y de no mostrarse deprimida.

Cuando trajeron a Cecilia por primera vez, la cargaban en brazos; ella no caminaba, no hablaba y la mirada estaba ausente. No daba señales de ningún tipo de reacción frente a la situación nueva. Parecía una muñeca de trapo, muy delgada, hipotónica. Transmitía una impresión de gran fragilidad. En su casa, si no estaba en la cama o en un sillón permanecía todo el día tirada en el suelo. No se sentaba sin sostén y no se mantenía parada.

En principio yo no sabía si iba a poder ayudar a la niña. Por este motivo, durante varios meses trabajé con la mamá dentro de la sesión, conversando con ella y haciendo pequeñas aproximaciones de contacto con la niña. A medida que transcurrían las sesiones, basándome en sutiles modificaciones en sus respuestas, fui dándome cuenta de que Cecilia me estaba registrando y que podía quedarse sola conmigo. Algún sentido tenía intentar el trabajo con ella. A partir de entonces, su mamá la aguardaba en la sala de espera.

Comencé tratando de acercarme a Cecilia. Me tiraba en el suelo a su lado, sin mirarla a los ojos al principio, pero tocándole las manos y diciéndole algunas frases. Cecilia, echada en el suelo, no se interesaba casi por ningún objeto de la habitación; aparentemente yo tampoco le interesaba. Yo insistía en permanecer de a ratos cerca de ella, pero ella no daba ninguna señal de registrarme o de responder, aun si la nombraba. Comenzó a hacer vocalizaciones mientras sacudía la cabeza de un lado a otro, autoestimulándose.

En otros momentos me sentaba alejada de ella y la observaba desde mi sillón. Poco a poco me fui dando cuenta de que ella me observaba cuando creía que yo no la

estaba mirando. Si la miraba directamente, volvía la cabeza o desviaba la mirada. Poco a poco estos intercambios se transformaron en una especie de juego de encuentro y de huida de miradas. Pero no duraban mucho tiempo. Luego de una cierta frecuencia, dejaba de responder y se refugiaba en la autoestimulación moviendo rítmicamente la cabeza.

En una de las sesiones comenzó a sentirse atraída por el cable del teléfono, el cual estiraba, sacudía, largaba y volvía a tomar. Uno de esos días, observé que estando ella tirada en el suelo y aferrada al cable, lo estiraba y lo soltaba. Repetía una y otra vez esta acción observando atentamente cómo el espiral del cable se movía, estirándose y retrayéndose según el movimiento que ella hiciera. Parecía estar realizando alguna clase de exploración.

En una sesión posterior, mientras Cecilia estaba concentrada en esta actividad y temiendo que el teléfono se le cayera encima, le dije que lo soltara. Dejó de moverse y se quedó quieta un lapso de tiempo reteniendo el cable; por fin dio vuelta la cabeza, evitándome, y lo soltó. No lo consideré una respuesta azarosa, más bien parecía que estaba diferida en el tiempo. Me di cuenta de que me estaba registrando y de que este hecho me permitía seguir intentando el juego con las miradas y con el contacto de las manos, sabiendo que tendría que estar atenta durante más tiempo para captar sus respuestas diferidas en la interacción.

Así fue que comencé a observar una secuencia: me miraba un segundo, rápidamente bajaba los ojitos y los dirigía de lado. Pero entonces yo me ponía en la dirección en que ella miraba. Volvía a escaparse, y esto comenzó a tener ciertas características placenteras, porque no aparecían gestos de tensión o rechazo, y esbozaba alguna sonrisa. Poco a poco la fui ubicando sentada en un sillón para que estuviera en posición erguida y pudiera mirarla frente a frente.

Uno de esos días, mientras la observaba, por accidente moví bruscamente su sillón, donde tenía apoyados mis pies. Me asusté pero ella por primera vez sonrió francamente con placer. Volví entonces a moverle la silla y esto la hizo reír nuevamente. Se inició así un juego que duró mucho tiempo, donde la sujetaba por la cintura al sillón y lo movía, a veces acompasadamente y cantándole alguna canción, otras repentinamente, y esto la hacía reír aun más.

Cierto día, iniciada la sesión (la traían dos veces por semana) me empecé a sentir desorientada. Ella estaba arrodillada en el suelo cerca del diván moviendo la cabeza sin mirarme. Para ese entonces había logrado incorporarse y mantenerse por

períodos de entre cinco y diez minutos sentada sobre sus piernas. Era uno de esos días donde me preguntaba a mí misma qué estaba haciendo y si lo que hacía tenía sentido.

Saqué una flauta que guardaba en el cajón del escritorio. Realmente me sentía paralizada y con una sensación de pesadumbre que me quitaba iniciativa. Para aliviarme, comencé a tocar una melodía simple, sin imaginar lo que podría pasar. Cecilia se incorporó instantáneamente, vino hacia mí y casi subiéndose sobre mi regazo me quitó la flauta y la observó. Luego me miró a mí y arrojó la flauta a un costado con expresión complacida. De esta manera mostraba su curiosidad y la necesidad de participar autoafirmándose en el acto de tirar la flauta.

Levanté la flauta y volví a tocar. Esta vez no se alejó, se quedó cerca con sus manitos apoyadas en mi regazo. Me observaba atentamente, movía la cabeza hacia un lado y hacia el otro mientras sonreía. Cada tanto me interrumpía quitándome la flauta de las manos y observándola. Demostraba así su memoria de la coreografía de la secuencia del juego.

Así, a partir de entonces comenzó una etapa de juegos con la música, cantando y repitiendo cada tanto los juegos de mover el sillón. Más adelante, mientras me aguardaba con su mamá en la sala de espera ya no estaba tirada en el piso. Generalmente estaba arrodillada mirando por la ventana. Yo saludaba a las dos y después me iba al consultorio y tocaba una melodía conocida para ella. Me ubicaba detrás de la puerta. Cuando ella escuchaba la música, se incorporaba y venía sola y gateando al consultorio. Se detenía en la entrada y me buscaba. Cuando me veía, entraba. Más adelante, cuando se detenía frente a mí le daba un empujón a la puerta para cerrarla.

Citaré nuevamente a Anne Alvarez, quien hablando de la importancia de centrarse en el aquí y ahora de los fenómenos transferenciales afirma: "De alguna manera, esta atención al presente hace al trabajo del terapeuta psicoanalista más arduo y más demandante pero también lo hace mucho más interesante e infinitamente más animado. La imagen popular de la boca cerrada con cremallera del distante y helado analista científico de verdad ya no se aplica. La comparación en cambio podría ser tal vez con un músico entrenado y capacitado, pero en constante improvisación que, como el paciente, tiene que vivir y aprender de la experiencia vivida y también de la práctica" (2001).

Este tratamiento duró cuatro años. Debió interrumpirse ya que la familia tuvo que trasladarse a una ciudad del interior por cuestiones laborales. Mientras tanto, Cecilia pudo ser incluida en una escuela especializada.

Se la veía mucho más vivaz y conectada, interesada en explorar el medio, la relación con su familia y conmigo. La mamá relataba que estaba mucho más activa en la casa, que se metía en la cocina y vaciaba los armarios, sacando las cacerolas y todo lo que encontraba allí adentro. Si bien no llegó a caminar, se movía rápidamente gateando o parada sosteniéndose en algún mueble. Si la llamaban, respondía con el gesto o con la mirada. En varias oportunidades la escuché claramente decir "no". Pero además decía otras sílabas, con intencionalidad de producir alguna comunicación. Sus padres estaban mucho más aliviados: sentían que más allá de sus severas limitaciones, Cecilia era una niña que ahora podía relacionarse afectivamente con ellos. Era muy notable el cambio de actitud de la madre, especialmente cuando estaba con ella. Le hablaba y la miraba de otro modo, en la confianza de que su hijita podía entenderla y, a su manera, ella también hacerse entender.

### **Conclusión**

Para finalizar, transcribiré una cita de Enrico Montobbio y Patricia Mainardi, quienes desde hace años trabajan en Génova con niños deficientes mentales (síndrome de Down) desde un esquema referencial bioniano. Ellos expresan una idea que comparto y creo que está en el fundamento de por qué en estos casos es necesaria la psicoterapia: "Empezamos con una premisa aparentemente obvia y compartible: todo niño con discapacidad alberga siempre un niño sano con las exigencias de orden afectivo y educativo propias de todos los seres humanos. Toda persona tiene, pues, una necesidad propedéutica de todas las demás, que llamaremos necesidad de normalidad. Esta necesidad de normalidad es, a nuestros ojos, algo fácil de comprender, pero difícil de satisfacer. Se interfieren problemas ligados a las condiciones biológicas del niño y a dificultades en su familia, en particular dentro de la relación madre-hijo" (Montobbio y Mainardi, 1995).

Efectivamente, en la relación temprana madre-hijo se juegan aspectos decisivos del desarrollo personal pleno del niño deficiente mental. En el caso clínico que mencioné antes, este aspecto no está especialmente descrito, pero esta niña no fue lo suficientemente tocada, acunada, mirada, arrullada. Su nacimiento provocó una severa

situación traumática (depresión materna, sobreadaptación en el padre) que a la larga también afectó a su hermanita sana, en tanto ella también se desarrollaba sobreadaptada y tratando de compensar con intensa autoexigencia el sufrimiento que sus padres padecían con Cecilia.

En un caso como éste, lo más difícil para el terapeuta es entregarse a la observación evitando hacer pronósticos pesimistas. El tratamiento psicoterapéutico tuvo el sentido de que pudiéramos conectarnos dentro de sus posibilidades y que así comenzara a contactarse con el entorno humano y se despertara el interés no sólo por su exploración del medio sino por poder participar en las nociones de adentro y afuera. Por otra parte, acceder a la comprensión vivencial de la situación de los padres y ayudarlos en la elaboración de sus propios sentimientos de impotencia, desolación, culpa, dolor y rechazo con esta hijita.

La situación de los padres mejoró, ya que al ver que me detenía en los detalles de la interacción con la niña pudieron aprender conmigo la atenta observación, actitud que los ayudó a desasirse de los sentimientos de culpa. El alivio producido hizo que la relación entre todos los miembros de la familia fuera más fluida y afectuosa.

Son múltiples las cuestiones que se presentan para reflexionar y estudiar. El impacto traumático del nacimiento de un niño discapacitado, el estudio de sus vínculos con padres cuando se deprimen o se alejan negando la existencia de este hijo. Cómo se va entramando la constitución del *self* y la aparición de posibles patologías en el posterior desarrollo. La prevención de las mismas, tratando de entrada la situación y siguiendo a lo largo de los años el crecimiento del niño.

Desde un nivel más teórico: ¿cómo ocurre el desarrollo del aparato mental en los niños severamente afectados por enfermedades que conducen a la deficiencia mental?, ¿sigue las vicisitudes de un desarrollo normal pero diferido en el tiempo?, ¿se desarrolla una instancia "inconsciente", tal como ocurriría en un niño normal?

Por último, quisiera destacar la importancia que tiene difundir y sensibilizar a los equipos de neonatología, pediatras y especialistas aportando los conocimientos que se vayan alcanzando sobre estas problemáticas. Y, más allá de lo específicamente psicoterapéutico, la necesidad de trabajar y reflexionar sobre la inserción educativa y social de estos niños y jóvenes. Muchas veces suele ocurrir, por ejemplo, la instalación de estos niños en grupos normales de escolaridad, en un intento de reparación maníaca que termina haciendo más dramática la segregación y el aislamiento del niño.

**Bibliografía**

- Alvarez, A. (2001). *Live Company*. London, New York: Tavistock/Routledge.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- De Ajuriaguerra, J. (1975). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray/Masson.
- Fonagy, P. y Target, M. (1996). Jugando con la realidad - I. Teoría de la mente y el desarrollo normal de la realidad psíquica. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, XII (pp.11- 26).
- Freud, S. (1994). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Klein, M. (1990). *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós.
- Mannoni, M. (1990). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Prismática.
- Misès, R. (1977). *El niño deficiente mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Montobbio, E. y Mainardi, P. (1995). La normalidad negada. En *La identidad difícil. El falso yo en la persona con discapacidad psíquica*. Barcelona: Masson.
- Pérez de Plá, E. y Carrizosa S. (Comps.) (2000). *Sujeto, inclusión y diferencia*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Stern, D. (2003). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Tustin, F. (1994). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona: Paidós.
- (1996). *Estados autísticos en los niños*. Barcelona: Paidós.
- Valeros, J. (1997). *El jugar del analista*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Winnicott, D. (2000) *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.