



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **DANIELA ALEJANDRA AMPUDIA CORREA**, con CC. 172002998-0, autora del trabajo de graduación intitulado: **“ANÁLISIS DE LA RELACIÓN MADRE-HIJO Y SU INFLUENCIA EN LA MANIFESTACIÓN DE CONDUCTAS SEXUALIZADAS EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”**. Estudio realizado desde el psicoanálisis en un caso durante el periodo septiembre de 2015 a mayo 2016, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2016

DANIELA ALEJANDRA AMPUDIA CORREA

CC. 172002998-0



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DISERTACIÓN:

**ANÁLISIS DE LA RELACIÓN MADRE-HIJO Y SU
INFLUENCIA EN LA MANIFESTACIÓN DE CONDUCTAS
SEXUALIZADAS EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD
INTELECTUAL**

Estudio realizado desde el psicoanálisis en un caso durante el
periodo septiembre de 2015 a mayo 2016

AUTORA:

DANIELA AMPUDIA

DIRECTORA:

CECILIA VACA

QUITO, 2016

AGRADECIMIENTOS

La vida supone etapas que hay que recorrer, algunas por elección; supone etapas que te construyen, que te cuestionan, que forjan un camino; supone etapas que por ser etapas terminan pero dejan huella.

Agradezco a todos aquellos que me acompañaron en este camino; A mi madre por su dedicación y lucha constante para sacarnos adelante, sin ella no estaría hoy cumpliendo mi sueño; A mi padre por demostrarme que aun cuando una meta parece inalcanzable no hay que rendirse; A mi hermana por el apoyo incondicional, con ella he aprendido a conocer el mundo; A mi familia por siempre estar ahí; A Cecilia Vaca por ser una guía, motivarme y haber creído en mí desde el principio; A Fe y Alegría, por abrirme sus puertas y ayudarme a cumplir mi sueño; A mis amigos Carolina, María Isabel y Joshua, por darle un toque de alegría y animarme siempre a continuar mi camino; Y a él, mi mejor amigo, quien desde el día en que llegó ha compartido mi sueño.

RESUMEN

¿Son las conductas sexualizadas una característica de la discapacidad?, o por el contrario ¿Son éstas una consecuencia, un síntoma social, con el cual el sujeto reclama su derecho a la sexualidad y protesta por haber sido considerado como asexuado?

La discapacidad intelectual ha sido objeto de estudio en más de un campo, no obstante ha sido conceptualizada en su mayoría por la neuropsicología, las ciencias médicas, y los modelos de reeducación, hoy en día, sin embargo, se empiezan a considerar aspectos familiares y sociales que dan paso a nuevas formas en el abordaje de esta problemática.

La presencia de conductas sexualizadas dentro de la discapacidad ha sido considerada en innumerables ocasiones como una característica propia de ella por lo que no es raro encontrarse con frases como: *ellos son muy cariñosos*, no obstante la falta de respeto entre los límites de lo público y lo privado en la discapacidad se vuelve más problemática en casos donde el sujeto va más allá de un acercamiento con intentos de abrazos y besos traspasando las barreras del orden social y la represión; cuando esto ocurre conformarse con una explicación basada en la condición de discapacidad no es suficiente y se generan cuestionamientos acerca de la sexualidad humana, su desarrollo y su privación, un campo que tras un diagnóstico se convierte en prohibido para el sujeto.

Esta disertación propone un análisis de la relación madre-hijo y cómo esta, afectada por un diagnóstico, influencia posiblemente el desarrollo de conductas sexualizadas en sujetos con discapacidad intelectual. El trabajo de investigación recoge algunas características de la relación desde la escuela inglesa y se centrará en los aportes de la escuela francesa del psicoanálisis relacionando los efectos de la relación madre-hijo en situación de discapacidad y el apareamiento y desarrollo de dichas conductas.

No es parte de esta investigación buscar la erradicación de estas conductas sino más bien su comprensión como una posible consecuencia de la relación del niño con su madre. Al ser una investigación teórica práctica, se propone articular el análisis documental con la clínica a través del abordaje de dos casos clínicos trabajados con entrevistas, observación y mapeos.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	i
RESUMEN.....	ii
ÍNDICE.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	vi
CAPÍTULO I: DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y CONDUCTAS SEXUALIZADAS	8
Discapacidad Intelectual en el Ecuador	8
Discapacidad intelectual desarrollo histórico y su definición.....	11
Investigación de las causas de la Discapacidad Intelectual	13
Clasificación de la Discapacidad Intelectual según la Nosología Psiquiátrica ..	14
Definición actual de la Discapacidad Intelectual	15
Conductas sexualizadas descripción y conceptualización.	16
Las Conductas Sexualizadas más comunes en la Discapacidad:	17
¿Cuál es la Génesis de las Conductas Sexualizadas en la Discapacidad Intelectual?.....	18
CAPÍTULO II: RELACIÓN MADRE-HIJO	20
Descripción y conceptualización.....	20
La madre que cuida: Winnicott y los aportes de la Escuela Inglesa	21
La madre que nombra y erogeniza, mediadora de la construcción de la imagen inconsciente del cuerpo: Dolto y su aporte desde la Escuela Francesa.....	25
La madre que desea: El deseo materno y su función en la estructuración del sujeto.....	29
El papel del niño en la relación	30
CAPITULO III: INFLUENCIA DE LA RELACIÓN MADRE-HIJO EN LA MANIFESTACIÓN DE CONDUCTAS SEXUALIZADAS.	31
Estructuración del sujeto: efectos del narcisismo herido de los padres	32
“El ideal de Hijo” Una propuesta Freudiana.....	32

Narcisismo Primario y Estadio del Espejo: Articulación Freud y Lacan.....	34
Diferentes caminos para la estructuración psíquica del niño con discapacidad.	36
Conductas sexualizadas su problematización desde el psicoanálisis	40
CAPÍTULO IV: ARTICULACIÓN DE LA TEORÍA Y LA CLÍNICA	44
Caso: MARIO	45
Caso: ISA	47
Teoría aplicada en la clínica de los casos MARIO e ISA	49
Pérdida del Ideal de Hijo y Relación Truncada: la obligación de cuidar.....	49
Caminos de Resarcimiento del Narcisismo Herido de los padres: el niño discapacitado es el goce del Otro	51
La relación madre-hijo, conductas sexualizadas y estructuración	55
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXO 1	64
Cuadros de análisis de relación entre respuesta e indicadores en las entrevistas aplicadas.	64
Caso MARIO	65
Caso ISA	66
ANEXO 2	67
Formato de mapeo.....	67
ANEXO 3	72
Formato de Entrevista	72
ANEXO 4	74
Consentimiento Informado Institución	74

ANEXO 5	78
Consentimiento Informado Madres de la Institución.....	78
.....	79
ANEXO 6	82
Consentimiento Informado Madre de Caso Adolescente.....	82
.....	83

INTRODUCCIÓN

La presente investigación forma parte de un proceso de titulación requerido por la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para la obtención del título de Psicóloga Clínica, y tiene como objetivo analizar la relación madre-hijo y su influencia en la manifestación de conductas sexualizadas en sujetos con discapacidad intelectual, ya que esta es la primera relación estructurante del psiquismo y por tanto sexualizante.

De acuerdo al Plan Nacional para el Buen Vivir, en la actualidad más del 13 %¹ de los habitantes del Ecuador han sido diagnosticados con algún tipo de discapacidad y la calidad de los servicios de prevención, atención e integración para estos casos es insuficiente (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013); hoy en día diversas perspectivas sobre la discapacidad van ganando territorio y a través de propuestas de inclusión se la ha relacionado con lo social propiciando su abordaje desde otras ramas que, apegadas a la relación del sujeto con su familia y sociedad, aportan miradas distintas y ofrecen al sujeto y su familia un trabajo interdisciplinario que mejora las posibilidades del sujeto de incluirse en la sociedad y ofrecen al Estado la posibilidad de brindar un mejor servicio.

Esta disertación apunta, desde diversos aportes psicoanalíticos, a la comprensión de lo que conlleva la discapacidad, buscando más allá de la misma, al sujeto. En este sentido analiza las consecuencias de un diagnóstico en la relación madre-hijo; asentando bases para el futuro desarrollo de programas de atención que, conforme a las políticas del buen vivir, propicien un ambiente de inclusión y aceptación social.

La relación madre-hijo con discapacidad es el foco central de esta disertación, las investigaciones ya realizadas con respecto al impacto psicológico y emocional que despliega la llegada de un hijo *enfermo* o que no es *normal*, el duelo que atraviesa la madre por la pérdida del ideal del hijo y la influencia del sentimiento de culpa, son el punto de partida, desde allí el recorrido de la investigación se centrará en las consecuencias que este impacto genera en la relación afectando quizás la estructuración psíquica del hijo; en este

¹ “El estudio “Situación actual de las personas con discapacidad en el Ecuador”, desarrollado por el CONADIS y la Universidad Central (1996), señala que el 13.2% de la población presenta algún tipo de discapacidad” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 12)

sentido se ha decidido tomar la presencia de conductas sexualizadas² como uno de los indicadores que evidencian una relación turbada por un diagnóstico y una sociedad que, aun dominada por un principio evolucionista, relega a la persona con discapacidad.

El trabajo de investigación se encuentra conformado por cuatro capítulos que recorrerán progresivamente la concepción y definición de la discapacidad intelectual y las conductas sexualizadas; la relación madre-hijo se la abordará desde el psicoanálisis, tomando algunos de los aportes de la escuela inglesa y desarrollando como vertebradores de la investigación algunos conceptos de la escuela francesa. En lo que respecta a la escuela inglesa se describirán las modalidades de función materna³ propuestas por Winnicott. Desde la escuela francesa se describirá la importancia que se asigna al deseo de la madre; Y finalmente se vinculará la relación madre-hijo con las conductas sexualizadas en la discapacidad, tomando en cuenta como el ideal de hijo planteado por Freud es truncado ante el diagnóstico generando la dificultad de la madre de ceder algo de sí al niño. A lo largo de toda la disertación, se enfatiza con Jerusalinsky en la importancia de la sociedad en cuanto a la significación que ha dado a la discapacidad, basada en una postura darwinista, y su influencia en la consideración del sujeto con discapacidad como ser asexuado, sin sexualidad, y por tanto sin acceso a la red de significantes que regulan el comportamiento social y significan la sexualidad.

La metodología seleccionada en la realización de esta disertación permite relacionar la teoría con la práctica a través de la exposición y análisis de dos casos, el primer caso había sido previsto desde el inicio y se contempló en el plan de esta disertación. Gracias a la oportunidad que surgió hace 8 meses de trabajar en un Proyecto de Inclusión donde fue posible relacionarse directamente con un grupo de niños con discapacidad física e intelectual y sus padres, se señalarán algunos elementos que surgieron de esta práctica y que fueron consentidos de mencionar por los padres y la institución, y se presentará también el caso de una niña de 3 años de edad.

² Si bien el término Conductas Sexualizadas surge de una visión conductista que se ha extendido y está arraigada en los diferentes ámbitos de tratamiento de la discapacidad, en esta disertación se pretende abordarlo desde una perspectiva psicoanalítica centrándonos no en su estatuto meramente conductual y por tanto en sus características o erradicación, sino proponiendo la sexualidad en su dimensión estructurante del sujeto.

³ Holding, Handling y Presentación de objeto.

CAPÍTULO I: DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y CONDUCTAS SEXUALIZADAS

Déficit, deficiencia e invalidez son términos que, asociados a la discapacidad, dan cuenta de la connotación negativa de la palabra, y si bien hoy en día la discapacidad intelectual ha producido mayor interés en la sociedad, su nombre lleva oculto una problemática que va más allá de la creación de centros de estimulación y rehabilitación psíquica. En la actualidad la discapacidad no se reduce a una clasificación, sino que abarca un sin número de aspectos sociales, culturales, económicos y familiares; razón por la cual su diagnóstico trae consigo una serie de cambios que afectan no solo al sujeto sino a todo su contexto.

En este capítulo se abordará de modo breve la evolución que ha tenido la concepción de la discapacidad a través de la historia y se mencionarán los efectos, todavía de algún modo imperantes, de una de estas concepciones: la darwinista social. En seguida se describirán las clasificaciones dominantes que la circunscriben y su definición actual. Finalmente, pasando por la heterogeneidad de su etiología, se hará una pequeña introducción a su dimensión psíquica y la perspectiva que ha surgido desde el psicoanálisis para esta problemática, aspectos que se abordarán con mayor especificidad en el capítulo III.

Discapacidad Intelectual en el Ecuador

No se han encontrado estudios históricos sobre el modo de conceptualizar la discapacidad intelectual en Ecuador, los estudios disponibles, en cambio, dan cuenta del esfuerzo de las familias y organizaciones que la acogen, por promover políticas de inclusión y mejorar los servicios existentes.

Según el Documento oficial del CONADIS⁴ la atención direccionada a las personas con discapacidad en el Ecuador comienza por la presión ejercida por las familias, quienes buscaban soluciones y nuevas formas de atención para sus hijos, hermanos, padres, etc., hace más de medio siglo. En aquel entonces las soluciones propuestas por las familias se basaron en modelos de atención provenientes de países desarrollados y consistieron en la

⁴ Actualmente conocido como SETE DIS (Secretaría

formación y creación de organizaciones privadas enfocadas en las áreas de salud y educación. (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013)

Para el CONADIS los hitos históricos más importantes son:

En las décadas del 40 al 60, “la intervención estructurada y sistemática de las entidades gubernamentales gira en torno a la creación de las primeras escuelas de educación especial, priorizando las ciudades de Quito, Cuenca y Guayaquil.” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 17).

En la década del 70, “gracias a las condiciones económicas favorables relacionadas con la explotación petrolera, el sector público desarrolla importantes acciones en los campos de educación, salud y bienestar social. Se crean varios servicios, organismos técnico-administrativos; y, se emiten normativas y reglamentaciones.” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 17) Entre ellas: 1973 CONAREP (Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional); 1977 Ley General de Educación se define al Estado como responsable de la educación especial; 1979 Unidad de Educación Especial.

En 1980, “se crea la División Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud Pública, que organizó e implementó los servicios de medicina física y rehabilitación en las diferentes unidades médicas del sistema nacional de salud en varias provincias del país.” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 17)

En 1982 “se reemplaza al CONAREP y pone a disposición el personal capacitado en cinco unidades operativas dependientes, al Ministerio de Bienestar Social, para la atención directa a las personas con discapacidad en aspectos de: protección, educación especial, capacitación ocupacional e integración laboral.” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 17) Se crean según el CONADIS: ASENIR (Asociación de Niños con Retardo); FASINARM (Fundación de Asistencia Sicopedagógica para Niños, Adolescentes y Adultos con Retardo Mental); SERLI (Sociedad Ecuatoriana Pro-Rehabilitación de los Lisiados); ADINEA (Asociación para el Desarrollo Integral del Niño Excepcional del Azuay); FGE (Fundación General Ecuatoriana); Fundación Hermano Miguel; CEBYCAM (Centro de Erradicación del Bocio Endémico y Capacitación de Minusválidos); FUNAPACE (Fundación Nacional de Parálisis Cerebral); Fundación Ecuatoriana de Olimpiadas Especiales.

En 1989 “se conforma la CIASDE (Comisión Interinstitucional de Análisis de la Situación de las Discapacidades en el Ecuador).” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 17); y en 1991, “por iniciativa del Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) y los Ministerios de Salud, Educación y Bienestar Social, (...) publica el I Plan Nacional de Discapacidades.” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 18).

Para 1992, “se publica la Ley 180 en el Registro Oficial N° 996, normativa que impulsa la atención interinstitucional a las personas con discapacidad con enfoque de derechos y crea el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), como entidad autónoma y rectora del tema en el país.” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 18). Entonces en la década de los 90, el CONADIS, expide “políticas generales y sectoriales, normatividad sobre regulación de beneficios especiales, definición de competencias ministeriales; promoción y fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidad” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 18) a través de cinco federaciones nacionales: FENEDIF (Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física); FENCE (Federación Nacional de Ciegos del Ecuador); FENASEC (Federación Nacional de Sordos del Ecuador); FEPAPDEM (Federación Ecuatoriana Pro Atención a la Persona con Discapacidad Intelectual, Parálisis Cerebral, Autismo y Síndrome de Down); FENODIS (Federación Nacional de ONG para la Atención de las Discapacidades).

En 2001, “Naciones Unidas otorga al país el premio internacional Franklin Delano Roosevelt, siendo el primer país latinoamericano en recibir esta distinción por haber realizado un trabajo destacado, de carácter intersectorial e interinstitucional que logró avances significativos” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 18). En base a la ejecución del I y II Plan Nacional de Discapacidades (2005), el “CONADIS ha sido el ente rector de políticas en discapacidad (...) para desarrollar acciones en tres ejes temáticos: prevención, atención e integración.” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 18)

En 2012, “se publica la Ley Orgánica de Discapacidad en el Registro Oficial N° 796, normativa que asegura la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013,

pág. 18); y en 2013, “se conforma la Secretaría Técnica de Discapacidades, adscrita a la Vicepresidencia, con la finalidad de seguir adelante con la iniciativa del ex-Vicepresidente del Ecuador Lcdo. Lenín Moreno, referente a personas con discapacidad.” (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013, pág. 18).

Actualmente, bajo el decreto 1047⁵, suscrito el 25 de mayo de 2016, el SETEDIS desaparece y sus actividades serán distribuidas a otras entidades, cabe resaltar que tras el proyecto para impulsar la Matriz Productiva, la vicepresidencia se desligo de esta iniciativa y su responsabilidad recayó en el Ministerio de Salud y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, MIES. (Diario el Universo, 2016)

Discapacidad intelectual desarrollo histórico y su definición

La discapacidad intelectual ha adquirido mayor aceptación social a través del tiempo, pues si bien ha existido en el registro de civilizaciones antiguas como Egipto, Grecia, Roma, entre otras, no siempre fue bien tolerada (González, 2003). González (2003) realiza un resumen a través del tiempo que empieza en el siglo XIX, denominado la época del progreso, cuando la comprensión y el interés por esta problemática empieza a surgir con Jean Itard, médico francés, quien se hizo cargo de un niño salvaje de 12 años de edad, a quien llamó Víctor; posteriormente vinieron otros aportes como el de su discípulo Edouard Seguin, quien alcanzó renombre por su éxito en el tratamiento de niños con discapacidad enfocado en el método fisiológico; Guggenbuhl, médico suizo, quien tras observar un cretino⁶ rezando pensó que podía ser educado, funda una escuela; y Samuel Howe, quien creó la primera escuela experimental para discapacitados⁷ en Estados Unidos.

“Pioneros como Itard, Seguin y Howe lograron demostrar que con un trato humano y la educación adecuada, se podía capacitar a los mentalmente retrasados mucho más allá del nivel que la mayoría de gente creía posible” (Ingalls, Robert P., 1989, pág. 84). No obstante, no todos los avances fueron beneficiosos en la concepción de la discapacidad, tras la publicación de “El Origen de las Especies,” obra de Charles Darwin, el

⁵ Revisar en: <http://decretosconsulta.gobiernoelectronico.gob.ec/> (decreto 1047).

⁶ “Tipo de discapacidad intelectual cuya causa es la deficiente actividad de la glándula tiroides.” (González, 2003, pág. 21)

⁷ El uso de palabras como discapacitado, retrasado, mentalmente retrasado u otra que podría sonar despectiva se han utilizado en paráfrasis y citas textuales; no es afán de esta disertación reducir a la persona a un diagnóstico o etiqueta social, omitiendo su condición de sujeto e imponiendo su síndrome o enfermedad.

Darwinismo, aunque aportó mucho en los campos de la biología y la genética, influyó negativamente la concepción de la discapacidad, haciéndola ver como una debilidad en la especie humana (González, 2003); es así que, mientras Howe y Seguin luchaban por un trato más humano y justo en las actitudes sociales hacia las personas con discapacidad, la teoría Darwineana de selección natural posicionaba la discapacidad intelectual y física como un retroceso en la evolución humana y por tanto la posibilidad de la extinción a través de la debilidad de la especie. (Ingalls, Robert P., 1989)

“Entre los salvajes, los débiles de cuerpo o mente son eliminados rápidamente; y solo sobreviven los que dan muestras de una salud vigorosa. En cambio, nosotros los hombres civilizados nos empeñamos tenazmente en detener el proceso de eliminación; construimos asilos para los imbéciles, para los mutilados y para los enfermos; promulgamos leyes inadecuadas; y nuestro personal médico pone en juego toda su habilidad para salvar la vida de todos, hasta el último momento. (...) De esta manera, los miembros débiles de las sociedades propagan su especie. Nadie que se haya dedicado a la cría de animales domésticos pondrá en duda que el conservar a los miembros débiles de la sociedad tiene que ser algo altamente dañino para la raza humana.” (Darwin, 1871, pág. 149)

Sin lugar a dudas esta nueva postura del darwinismo tuvo altas repercusiones en la manera de concebir socialmente a la discapacidad intelectual, tal es así que según relata Ingalls, Robert P. (1989) los *retrasados mentales* se encontraban expuestos a los malos tratos de los “darwinistas sociales”, inclusive se dio paso a investigaciones como las de Goddard en 1912, “The Kallikak Family”⁸ que buscaban demostrar no solo la estrecha relación entre la debilidad mental y los considerados males de la sociedad como el alcoholismo y la prostitución, sino que también las repercusiones en cuanto a la herencia de la debilidad mental y lo dañino que es su reproducción para la sociedad.

A raíz de los años 30 en Estados Unidos, con una nueva perspectiva humanizadora la discapacidad intelectual empieza a tener una nueva concepción, se generan centros de

⁸ “Goddard (1912); (...) siguió la pista a la ascendencia de una interna de una institución para débiles mentales, a la cual le puso el seudónimo de Deborah Kallikak. El padre de su tatarabuelo, Martin Kallikak, había peleado en la Guerra de la Revolución. Durante la guerra, Martin había tenido un hijo ilegítimo, Martin Jr., de una muchacha retrasada que había conocido en una taberna.” (Ingalls, Robert P., 1989, pág. 86) “De Martin han procedido 480 descendientes, de los que de 143 tenemos pruebas contundentes de que fueron o son débiles mentales, mientras que se ha encontrado que sólo 46 de todos los descendientes son normales. Los no se conocen o hay dudas acerca de ellos. De los 480 descendientes, 36 han sido hijos ilegítimos, ha habido 33 personas sexualmente inmorales, la mayoría prostitutas, 24 alcohólicos confirmados; 3 epilépticos, 82 murieron en la infancia, 3 fueron criminales, 8 mantenían casas de mala fama.” (Goddard, 1912 citado en Ingalls, Robert P., 1989, pág. 86)

acogida y estimulación para jóvenes con discapacidad intelectual, se dictaminan leyes de protección como “la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) le permite a esta población una participación plena en la vida social, comercial, empresarial, política y artística del país.” (United States of America Embassy, 2013) Y, en este sentido, se reconocen sus derechos.

Investigación de las causas de la Discapacidad Intelectual

Junto con la evolución de su concepción la Discapacidad Intelectual provocó mayor interés social y propició que se llevaran a cabo investigaciones que buscaran una respuesta a su etiología, no obstante un 80% de los casos que, según AAMR (1992), carecen de una causa exacta⁹, lo que ha dado oportunidad para que se generen múltiples hipótesis acerca de su génesis, entre ellas Wiesner (2004) menciona:

- Causas orgánicas como anormalidades o disgenesias dendríticas ligadas a la discapacidad intelectual sindrómica e inespecífica. (Wiesner, 2004)
- “Privación ambiental: desventaja psicosocial; maltrato infantil (...) aislamiento o privación sensitivo-social crónica (...) y posdesamor.” (Wiesner, 2004, pág. 103)¹⁰
- “Pauperismo, pobreza extrema.” (Wiesner, 2004, pág. 103)
- Una madre cuya función se ve limitada por diferentes factores, tales como depresión, enfermedades orgánicas o psicológicas, trabajo, etc. (Wiesner, 2004)

Es importante recalcar la naturaleza multifactorial de la etiología de la discapacidad intelectual, esto quiere decir que si bien su causa puede ser de carácter orgánico¹¹, genético-hereditario, socioeconómico, cultural, etc. no es preciso hablar de una causa única puesto que hoy en día el 50% de los casos presentarían una etiología procedente de varias fuentes, sociales, biomédicas y ambientales. (Wiesner, 2004, pág. 104)

⁹ De ese 80% según la AAMR, (1992) el 30% corresponde a casos de discapacidad intelectual severa y profunda y el 50% restante a los casos de discapacidad leve y moderada

¹⁰ Las investigaciones demuestran que en niveles socioeconómicos bajos la discapacidad intelectual leve suele ser mayor que en poblaciones de clase social media o alta no así la moderada o severa que es ligeramente superior en estos estratos. (González, 2003)

¹¹ Por enfermedades congénitas, daños o lesiones cerebrales el momento del parto como hipoxia, accidentes cerebro vasculares, traumatismos craneoencefálicos, entre otros. (González, 2003)

Clasificación de la Discapacidad Intelectual según la Nosología Psiquiátrica

Al hablar de la discapacidad intelectual dos posturas sobresalen, el discurso médico y el discurso neuropsicológico, razón por la cual dentro de su definición se ha sumado una clasificación que fundada en un Coeficiente Intelectual (CI) determinará cuan profundo es el retraso y por ende cuan profunda la discapacidad, se habla entonces de edad cronológica, mental y de desarrollo.

Según DSM V

Retraso mental leve	CI 50-55 a 70
Retraso mental moderado	CI 35-40 a 50-55
Retraso mental grave	CI 20-25 a 35-40
Retraso mental profundo	CI por debajo de 20-25
Retraso mental no especificado	Hay sospecha de retraso pero no puede ser detectado por test.

Según CIE 10

Retraso mental leve	CI 50 a 69 (F70)
Retraso mental moderado	CI 35 a 49 (F71)
Retraso mental grave	CI 20 a 34 (F72)
Retraso mental profundo	CI por debajo de 20 (F73)
Retraso mental no especificado	Hay sospecha de retraso pero no puede ser detectado por test.

Definición actual de la Discapacidad Intelectual

Como su concepción, su concepto ha ido evolucionando desde la noción inicial de una causa orgánica incurable de Esquirol en 1818 que se sustituyó por una concepción puramente psicométrica propuesta por Binnet a inicios del siglo XX, por el criterio de incompetencia social de Doll en 1941, Kanner en 1957 y Tredgold en 1937, y finalmente por un concepto que integra los anteriores planteado por la AAIDD¹² primero en 1992 y posteriormente en 2002, donde se consideran tres criterios elementales (Un CI menor a 70, dificultades de adaptación, e inicio precoz que se evidencia en el desarrollo) (Salvador & Rodríguez, 2001) y 5 dimensiones que abarcan tanto al sujeto como a su ambiente (Vedugo & Gutiérrez, 2009):

Dimensión I: Habilidades intelectuales

Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica)

Dimensión III: Participación, interacciones y roles sociales.

Dimensión IV: Salud (física, mental, etiología).

Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura).

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades adaptivas conceptuales, sociales, y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.” (Ammerican Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010, pág. 31)

La evolución del concepto de discapacidad intelectual no solo ha dado cabida a una mayor aceptación social de la problemática sino no que ha dado pie a la investigación e interrogación acerca de este fenómeno por distintas escuelas que desde la psicología la han estudiado, en esta disertación se toma partido por los aportes realizados desde el psicoanálisis.

¹² Asociación Americana de Retraso Mental

En un inicio el psicoanálisis se mantuvo alejado de la discapacidad intelectual, no obstante el acercamiento del psicoanálisis al trabajo con niños a través de autores como Ana Freud, Klein y Winnicott; así como los aportes de Lacan, han permitido que la realidad de la deficiencia mental encuentre cabida en los conceptos psicoanalíticos, fueron algunos los autores que siguiendo a Lacan impulsaron el trabajo con niños con limitaciones cognitivas, entre ellos Maud Mannoni, Dolto y Jerusalinsky.

Durante la evolución del concepto de discapacidad intelectual se encontraron innumerables casos de jóvenes con debilidad mental cuya afectación no tenía rastro orgánico¹³, se planteó entonces la posibilidad de la influencia familiar y social en el apareamiento del retardo. (Mannoni, 1989)

Maud Mannoni, a partir de la práctica clínica despliega esta concepción tomando en cuenta la influencia del campo afectivo y particularmente de la relación fantasmática en el desarrollo del sujeto con discapacidad, agregando que la relación del niño con limitaciones cognitivas y su madre podría asemejarse a la relación que se encuentra en la psicosis y la perversión. (Mannoni, 1989) De hecho esta autora manifiesta que muchos de los niños tratados, que habían recibido diagnóstico de retardo, correspondían en realidad a niños en posiciones subjetivas psicóticas. (Mannoni, 1989) Sin embargo, es importante recalcar que esta relación entre madre e hijo se ve condicionada, como postula Jerusalinsky (1998), a las limitaciones del infante, puesto que suele ocurrir que el niño con discapacidad intelectual tiene agregado a su cuadro clínico otra serie de complicaciones muchas veces físicas y de salud que dificultan la interacción con su madre como por ejemplo en el contacto físico, la alimentación entre otros. (Jerusalinsky, 1998) La pregunta que atraviesa esta disertación es: ¿de qué manera se ve afectada la relación madre-hijo en situaciones de niños con discapacidad intelectual y cómo esta afectación puede incidir en el apareamiento de conductas sexualizadas?

Conductas sexualizadas descripción y conceptualización.

Una de las realidades presentes en la problemática de la discapacidad intelectual, es la de la presencia de lo que de modo general se denominan “conductas sexualizadas”, para Duval (2011) se entiende como conducta sexualizada los comportamientos que incluyen

¹³ Recordemos a (Wiesner, 2004) y su estudio sobre la naturaleza multifactorial de la discapacidad Intelectual.

tocarse, frotarse contra algo, exponerse, voyerismo, ver pornografía, usar lenguaje obsceno, hacer sonidos con tintes sexuales e imitar el acto sexual en juegos con muñecos o con otros niños; es decir todas aquellas manifestaciones de la sexualidad que al estar estrechamente relacionadas con la genitalidad, se consideran de carácter privado. (Duval, 2011)

Es importante señalar, que si bien el concepto propuesto por Duval propone la sexualidad como reducida a la genitalidad, desligándola de muchos otros aspectos de las relaciones humanas. En esta disertación se busca definir las conductas sexualizadas, no solo partiendo del diferenciar las manifestaciones socialmente aceptadas de la sexualidad de aquellas que son más bien de carácter privado, sino que también, considerándola como una dimensión estructurante del sujeto.

Las Conductas Sexualizadas más comunes en la Discapacidad:

Masturbarse en Público: “es una conducta que pueden presentar algunos chicos con discapacidad intelectual y resulta muy violenta para aquellos que la presencian.” (Gutiérrez, 2010, pág. 121) Debido a las limitaciones cognitivas, la masturbación en la discapacidad, como en el niño, se la relaciona con la sensación placentera y no con la connotación sexual que se le otorga en la adolescencia. (Gutiérrez, 2010)

Utilizar palabras soeces en su vocabulario habitual: suele presentarse en el joven con discapacidad intelectual debido al “efecto que causa en su contexto, es decir, por la reacción que observa en los demás cuando las dice (risa, asombro, escándalo).” (Gutiérrez, 2010, pág. 123), porque se siente mayor o más poderoso al utilizarlas, porque lo ha aprendido al ver pornografía, o simplemente porque le sirven como muletilla. Es importante señalar que como la masturbación, la utilización de estas palabras para el joven con discapacidad suele tener una funcionalidad distinta a la de insulto u ofensa, puesto que para ellos son significados de otra manera. (Gutiérrez, 2010)

Mantener relaciones sexuales en lugares públicos: el concepto de pudor es un concepto que por lo general se desconoce en la discapacidad intelectual, la causa suele ser la actitud de los padres y profesionales que muchas veces invaden su espacio privado sobre todo en el aseo personal. (Gutiérrez, 2010)

Demostraciones de afecto invasivas: si bien Gutiérrez, (2010) no lo menciona en su libro como un tipo de conducta sexualizada, se deduce de lo que postula junto con De Dios

del Valle, García, & Suárez, (2007) que al no haber límites entre público y lo privado las expresiones de amor y afecto hacia los demás pueden resultar también muchas veces invasivas.

Generalmente algunas de las conductas sexualizadas evidenciadas en edades tempranas suelen ser indicadores de abuso sexual, no obstante pueden relacionarse también con otras motivaciones propias del sujeto como lo es la sensación placentera que produce la autoexploración (Gutiérrez, 2010).

En la discapacidad, como en las edades tempranas, no siempre se ha formado un concepto claro sobre esta temática, por lo que la presencia de conductas sexualizadas en esta población representa un reto para la sociedad en tanto traen consigo un riesgo de vulnerabilidad ante los abusos sexuales presentando a los jóvenes con limitaciones cognitivas como víctimas u ofensores. (Gutiérrez, 2010) En este punto es importante aclarar que al tratarse de niños sin limitaciones cognitivas estas conductas se atribuyen a un posible abuso o curiosidad y autoexploración, pero al tratarse de niños o personas con discapacidad por lo general dichas conductas se ven asociadas a sus limitaciones cognitivas, haciéndolos más propensos al abuso y su tardía identificación.

¿Cuál es la Génesis de las Conductas Sexualizadas en la Discapacidad Intelectual?

Una de las principales causas del surgimiento de las conductas sexualizadas tiene estrecha relación con la necesidad de negar la sexualidad de los sujetos con discapacidad; Según De Dios del Valle, García, & Suárez, (2007) para llegar a una dimensión erótica de la sexualidad¹⁴ es necesario pasar por varios procesos de aprendizaje y de estructuración psíquica (autoexploración, el aprendizaje vicario, etc.), pero al serles restringido este ámbito de la vida humana, muchas veces por precaución o ideas erróneas fundadas en el pasado, el desarrollo *normal* y el entendimiento de la sexualidad y sus implicaciones no es alcanzado. (De Dios del Valle, García, & Suárez, 2007)

Así mismo los obstáculos que enfrentan en la construcción de la intimidad, abordado anteriormente como la dificultad en la diferenciación entre lo público y lo privado, es otra causa importante en la manifestación de estas conductas, la infantilización de los sujetos y

¹⁴ Dentro del campo psicoanalítico, la dimensión erótica de la sexualidad, debería entenderse como este reconocimiento del otro como objeto de deseo y en este sentido como aquel que satisface una necesidad pulsional y el objeto que es catexisado, depositario de energía libidinal.

sus obstáculos en la búsqueda de independencia han generado un problema en la construcción de la intimidad del individuo. (De Dios del Valle, García, & Suárez, 2007) & (Gutiérrez, 2010)

Por último siguiendo la línea de Jerusalinsky (explicada más adelante) la dificultad en la adquisición de la palabra se presenta como otro de los motivos más importantes en el apareamiento de dichas conductas, ya que al no tener acceso al lenguaje el sujeto con limitaciones cognitivas no solo busca la expresión a través de sus acciones, a través de su cuerpo, sino que da cuenta de la exclusión de la red de significantes que dan un orden social y significan la sexualidad. Adicionalmente al no cumplir con las expectativas de los padres y afectar el ideal del hijo con su discapacidad, el sujeto puede quedarse relegado al autoerotismo sin poder llegar a depositar su energía libidinal en el exterior, en palabras de De Dios del Valle, García & Suárez, (2007) sin poder llegar a una dimensión erótica de la sexualidad.

Es importante recalcar que si bien la definición de conducta sexualizada se relaciona estrechamente con la genitalidad, desde el punto de vista psicoanalítico, la sexualidad no se reduce a ella, sino que implica una posición deseante del sujeto. ¿Cómo entonces se produce la dimensión erótica en la discapacidad, el amor de objeto?

CAPÍTULO II: RELACIÓN MADRE-HIJO

La madre, o quien cumpla su función, al ser la primera figura vincular del niño, es quien presenta a su hijo el exterior y le enseña a interactuar con él. Varios son los autores que han explorado la importancia de la función materna en el desarrollo, personalidad y estructuración psíquica de un hijo; se habla, entonces, de vínculo, apego y relación en un intento por definir este fenómeno entre el bebé y su madre.

Este capítulo busca definir la relación madre-hijo¹⁵ a través de la compilación de las propuestas de varios autores que, apegados al psicoanálisis, han generado diferentes teorías a fin de identificar el papel de la madre en la estructuración psíquica del niño. Así, se desarrollarán de modo breve los conceptos de Sostén, Manejo y Presentación de objeto propuestos por Winnicott como indicadores de la relación en cuanto tiene que ver con la función materna. Se analizará la propuesta de Dolto, aunque se trata de dos escuelas diferentes, buscando subrayar el papel de la madre en el devenir psíquico del niño en cuanto a la estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo. Seguidamente se distinguirá entre la madre que cuida y la madre que desea y se abordará, desde Jerusalinsky, la importancia de la intervención del niño en la relación y por consiguiente las implicaciones de su discapacidad en este fenómeno; y finalmente se introducirá al capítulo III (Influencia De La Relación Madre-Hijo En La Manifestación De Conductas Sexualizadas) abordando la importancia del deseo de la madre, como un concepto que permite entender las dificultades en el establecimiento de la relación y por ende en la constitución de la imagen del cuerpo del niño o niña.

Descripción y conceptualización.

El cachorro humano, a diferencia de otros mamíferos, es considerado muy vulnerable; debido a que, su supervivencia depende enteramente de otro que le brinde cuidado, protección, sostén y alimentación, por este motivo la relación madre-hijo, ha sido un fenómeno de interés en más de un campo, se la ha abordado desde la etología, como un

¹⁵ En sus inicios, esta disertación pretendía priorizar un abordaje desde la escuela inglesa con Winnicott y sus indicadores de la relación; no obstante, en el transcurso de la misma, se optó por profundizar en la escuela francesa con los aportes de Lacan puesto que sus conceptos permitieron comprender esta problemática desde una perspectiva más profunda.

instinto de supervivencia necesaria para la preservación y evolución de la especie; y además, en lo que se refiere al ser humano, desde el psicoanálisis se la ha responsabilizado por el desarrollo, personalidad, estructuración o devenir psíquico del niño.

Es incuestionable que el bebé, al nacer, depende enteramente de una figura de cuidado para sobrevivir, por tanto no se puede negar que la relación en esta díada parta de una relación de dependencia, pero es importante recalcar que aún en la necesidad de alimento cuando el niño se aproxima a la madre, existe algo más que la pura necesidad de alimento, pues es en este acercamiento que el niño es investido por la madre, quien sin saberlo funda las pautas para la inscripción del niño en el circuito del deseo incluso cuando el hijo no ha sido concebido.

La madre que cuida: Winnicott y los aportes de la Escuela Inglesa

Winnicott, por ejemplo, aborda el papel de la madre desde tres funciones básicas: Sostén, Manejo y Presentación de Objeto, es a partir de ellas y de cómo la madre las desempeña que el niño aprende a relacionarse con el exterior.

“No puedo repetir aquí todo lo que se ha escrito acerca de los detalles del desarrollo emocional primitivo, pero sí decir que éste incluye tres tareas principales: integración del yo, establecimiento de la psique en el cuerpo, y formación de las relaciones objetales (...) las tres funciones de la madre: sostén, manejo y presentación de objetos.” (Winnicott D., 1987, pág. 59)

Para el autor, al nacer el bebé su fisiología y psicología es una misma cosa, es necesario que se dé una transición que diferencie una de otra; la madre, a través de la *preocupación maternal primaria* lo hace supliendo una función yoica auxiliar, de modo que el bebé desde el inicio tiene un yo personal muy débil pero asistido por la adaptación sensible de la madre y su capacidad de identificación con él en lo que se refiere a necesidades básicas; a partir de ahí, del sostén suficientemente bueno es que el niño empieza esta transición a través de la integración de su yo. (Winnicott D. , 1998) “El sostén incorrecto (o la falla ambiental que provoca el reflejo de Moro) impone al bebé una conciencia prematura para la cual no está bien equipado.” (Winnicott D. , 1998, pág. 65)

Es claro que para el autor el proceso de subjetivización depende de un ambiente facilitador que permita el desarrollo emocional del niño; a través del sostén que refiere el

darle un lugar, el sostener la mirada, la protección contra los sentimientos de desamparo, del manejo que abarca el contacto cuerpo a cuerpo desde la movilización hasta la higiene, y de la presentación de objeto cuya meta es llevar al niño al mundo gradualmente generando un interés en él, entonces la madre busca desarrollar la capacidad creadora de su hijo, la ilusión, que le permita dar un paso hacia la desilusión y por tanto a tolerar las frustraciones del mundo exterior. (Winnicott, 1965)

“Cuando su adaptación a las necesidades del bebé es lo bastante buena, produce en este la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su propia capacidad de crear. En otras palabras, hay una superposición entre lo que la madre proporciona y lo que el bebé puede concebir al respecto. Para el observador este percibe lo que la madre le presenta, pero eso no es todo. Solo percibe el pecho en la medida en que es posible crear uno en ese momento y lugar.” (Winnicott D. W., 1982, pág. 21)

No obstante su propuesta, si bien ha sido valiosa, también ha sido criticada por otras escuelas, generando desde ya una diferenciación con la escuela francesa; Bleichmar, ubica la propuesta de Winnicott en el lado del registro imaginario haciendo énfasis en la ilusión concepto que como se ha explicado, para él, define la función de la madre a partir de sus tres indicadores; para esto la autora toma la definición del término ilusión desde la filosofía, y analiza sobre todo dos aspectos importantes, el primero la idea de que lo ilusorio se produce sobre un objeto del mundo real, y la segunda que lo ilusorio es una falsa presentación de ese objeto que está en el mundo real pues se construye a partir de la percepción y los sentidos. (Bleichmar, 2009)

¿Cómo lo relaciona con Lacan? Para Lacan lo imaginario es aquello que se encuentra en la relación entre lo real y lo simbólico, para Winnicott la entrada del niño al mundo circundante requiere, como se explicó anteriormente, que se haya llevado a cabo el proceso de ilusión, que la madre haya podido explicar eso que proviene de lo real en la ilusión, en lo imaginario, y aun cuando habla de una posterior desilusión, de la renuncia a la omnipotencia de la infancia, no llega al plano de lo simbólico tal como lo concibe la escuela francesa pues no aborda la función que los separa (la madre del niño) y se queda en el registro de lo imaginario, le falta un factor principal de la ecuación el falo, es así que para Winnicott las psicosis son producto de una madre ausente, que no supo suplir las necesidades de su hijo, en tanto para Lacan la causa de la psicosis no es la ausencia

materna sino una consecuencia de la alternancia entre esta presencia y ausencia y el deseo de la madre que se inscribe en la castración (Jerusalinsky, 1998)¹⁶

Jerusalinsky en *Psicoanálisis del Autismo*, al igual que Bleichmar, ubica los aportes de Winnicott en el plano de lo imaginario, no obstante es importante para él, que sigue a Lacan, destacar sus aportes en cuanto al objeto transicional, “que se ubica en el campo de la teoría formal psicoanalítica y que define el papel de la madre en el rigor de su función articuladora de lo imaginado recubriendo la aridez de lo real.” (Jerusalinsky, 1998, pág. 43)

Para Jerusalinsky el fenómeno transicional propuesto por Winnicott es importante en tanto

“El bebé no dispone de la comprensión del lenguaje para ser informado de los deseos de la madre, ni para informarle sobre sus necesidades e inquietudes. El sistema del lenguaje preexiste al niño, pero fuera de él. Se hace entonces necesario que el niño se inscriba en el orden del lenguaje, incorporándolo a si mismo para conseguir la asunción de toda su condición humana.” (Jerusalinsky, 1998, pág. 46)

Para que esto ocurra la condición previa es que el niño esté inscripto en el orden de lo simbólico marcado por la Función Paterna, que no opera directamente sobre lo real, sino que lo hace sobre lo *real construido*, lo Imaginario.

“La madre agrega a las necesidades del hijo una significación que las transforma. Así, toda manifestación del hijo, todo objeto circulante entre él y su madre se instala en un espacio intermedio entre los dos personajes reales. Es el fenómeno transición” (Winnicott, 1972). Para que esto se produzca es necesario que la madre establezca una serie de puentes de actividades significantes que traduzcan su discurso en un idioma que se aproxime a las condiciones de insuficiencia constitucional del cachorro humano. Es el idioma de la actividad maternal.” (Jerusalinsky, 1998, pág. 46)

¹⁶ Es evidente que Winnicott, representante de la escuela inglesa, y Bleichmar y Jerusalinsky, seguidores de Lacan, muestran dos líneas teóricas diferentes la una de la otra; por lo que no se pretende entrelazar teorías, si Winnicott es criticado en esta disertación es por fines netamente académicos, como parte de una revisión bibliográfica en la que los autores mencionados han desarrollado está propuesta. Es evidente además que al ser representante de otra escuela diferente su crítica girará en torno de conceptos y elementos que, por ser ajenos a su línea teórica, se han omitido, por lo que es válido recalcar que la propuesta presentada aquí no es más que la recopilación del análisis de dos grandes autores.

Hoy en día siguiendo la línea de Winnicott y de la mano del término *Función reflexiva materna* se ha creado una herramienta que relaciona la capacidad de ilusión propuesta por Winnicott con la simbolización.

Ya explicaba Winnicott, al hablar de la *preocupación maternal primaria*, la importancia que tiene para la capacidad creadora del niño que la madre sea capaz de ponerse en su lugar, de darle sentido a su llamado; por tanto funciones como las que propone, de sostén, manejo y presentación de objeto requieren de una capacidad de la madre para conocer las necesidades de su hijo, y es en esta sincronía de la relación que el niño empieza a constituirse. Si la madre no es capaz de ponerse en el lugar del niño e interpretar su llamado, difícilmente logrará que se lleve a cabo la capacidad de ilusión en el niño y entonces éste en lugar de poder pasar a la desilusión progresiva se percibirá como fragmentado. (Winnicott D. W., 1982)

Winnicott (1998), profundiza en la urgencia del niño de diferenciar el mundo interno, del mundo externo y por tanto su *yo del no yo* en su estructuración, para lograrlo la madre, a través de sus funciones, tiene que ser capaz de formar la capacidad creadora del niño a través de la ilusión. Para que exista esta capacidad creadora, es necesario que la madre sea capaz de identificarse con su hijo, de ponerse en su lugar, lo que quiere decir que, la madre al hacer una serie de maniobras para acercarse al niño, logra que este empiece a sentir que aquello que llega del exterior para satisfacerle lo ha creado él, al sentir el seno de la madre en el momento justo en que tiene hambre su ilusión lo convence de que ha sido él quien ha creado el alimento; esta ilusión que se forma, será la base que en el futuro permitirá la separación con la madre, a través de una desilusión paulatina. (Winnicott D. W. , 1982)

“Si las cosas salen bien en ese proceso de desilusión gradual, queda preparado el escenario para las frustraciones que reunimos bajo la denominación de destete; pero es preciso recordar que cuando hablamos de los fenómenos (...) que rodean al destete, damos por supuesto el proceso subyacente gracias al cual se ofrece una oportunidad para la ilusión y la desilusión gradual. Si la ilusión-desilusión toma un camino equivocado, el bebé no puede recibir algo tan normal como el destete, ni una reacción a este, y entonces resulta absurdo mencionarlo siquiera. La simple terminación de la alimentación a pecho no es un destete.” (Winnicott D. W., 1982, pág. 22)

Pero ¿Qué es la Función Reflexiva? precisamente esta capacidad del sujeto de ponerse en el lugar del otro, la capacidad de la madre de mentalizar el estado en que se encuentra su hijo, reconociendo desde su propia experiencia afectiva la existencia de un modelo mental de la experiencia interna de su hijo, otorgándole seguridad y colaborando así con la autorregulación afectiva del niño. (Fonagy, 1999)

“Un cuidador/a reflexivo incrementa la probabilidad del apego seguro del niño, el cual, a su vez, facilita el desarrollo de la capacidad de mentalizar... una relación de apego seguro provee un contexto también seguro para que el niño explore la mente del cuidador, y de esta manera conozca más acerca de las mentes... El proceso es intersubjetivo: el niño consigue conocer la mente del cuidador/a de acuerdo a como el cuidador/a intenta comprender y contener el estado mental del niño”. (Fonagy, 1999 párr. 18)

Se ha mencionado antes la importancia que han tenido los aportes de Winnicott en el registro Imaginario, por eso no es raro percatarse de la importancia que tiene el paso por la ilusión en la entrada a lo simbólico. La Función Reflexiva Materna se relaciona precisamente con la *preocupación maternal primaria*, y por ende con esta capacidad de ilusión, ubicando este concepto como un papel importante que la madre cumple en la relación.

La importancia de la Función Reflexiva Materna que engloba las tres funciones propuestas por Winnicott radica en darle al niño la oportunidad de reconocer en el otro el afecto, sentimientos, pensamientos y deseos a través de la capacidad de la madre de reconocer esos mismos sentimientos, pensamientos y deseos en él, solo así el niño podrá alcanzar la simbolización. “Una respuesta segura calmaría al combinar una especularización con un despliegue emocional que implicaría ya una capacidad para afrontar la situación. Este juego de analogías pero no isomorfismos, pondría en marcha el proceso de formación de símbolos.” (Fonagy, 1999).

La madre que nombra y erogeniza, mediadora de la construcción de la imagen inconsciente del cuerpo: Dolto y su aporte desde la Escuela Francesa

Profundizando en la propuesta de Freud acerca del narcisismo primario donde el niño es investido con la energía libidinal de la madre y por tanto erogénizado, Dolto (1986) propone la construcción de una imagen inconsciente del cuerpo a partir de la relación del

niño con su madre. Hace una distinción importante entre lo que se conoce como esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo: "La imagen del cuerpo está del lado del deseo, no ha de ser referida a la mera necesidad. (...) es un "Ello" ya relacional, (...) del cual una parte constituye un pre-Yo: el de un niño capaz de sobrevivir temporalmente separado del cuerpo del otro." (Dolto F. , 1986, pág. 33), el esquema corporal por su parte se refiere al cuerpo físico en sí.

La imagen del cuerpo no es un dato anatómico natural como si puede ser el esquema corporal, por lo que de ella se puede distinguir tres modalidades: imagen base, imagen funcional, imagen erógena. (Dolto F. , 1986, pág. 42)

- "La imagen base es la que permite al niño experimentarse en una "mismidad del ser" (...) es fundamentalmente "constitutiva de", lo que denomino narcisismo primordial." (Dolto F. , 1986, pág. 22)
- "Mientras que la imagen base tiene una dimensión estática, la imagen funcional es imagen estética de un sujeto que tiende al cumplimiento de su deseo" (Dolto F. , 1986, pág. 47)
- Una Imagen érogena enlazada a la zona erógena fuente de las pulsiones, a la etapa que corresponda en el desarrollo psicosexual del niño. (Dolto F. , 1986)

Dice la autora que la construcción de la imagen inconsciente del cuerpo y su articulación con el esquema corporal es lo que fundará las bases para la entrada en lo simbólico. "Si el lugar, fuente de las pulsiones, es el esquema corporal, el lugar de su representación es la imagen del cuerpo." (Dolto F. , 1986, pág. 34).

Ya se dijo en un principio que la propuesta de la autora profundiza en la propuesta del narcisismo primario de Freud, esto pues hace incapié en la importancia de la narcisización del niño por parte de la madre para llegar a constituir esta imagen del cuerpo; ¿qué pasa entonces con la discapacidad? "¿Se narcisiza el niño por ser amado tal como es o, por el contrario, se ve desnarcisizado en su valor de interlocutor que, por ser lisiado, no es amado, y cuya invalidez no es reconocida ni hablada?" (Dolto F. , 1986, pág. 19). Dolto explica que para que una imagen inconsciente se constituya el niño requiere de otro que lo invista con su libido y en este proceso articule ese cuerpo material a su psiquismo, "La imagen del cuerpo (...) puede hacerse independiente del esquema corporal. Se articula con él a través del narcisismo." (Dolto F. , 1986, pág. 22); pone como ejemplo un niño con discapacidad física, incapaz de caminar, con un esquema corporal afectado, pero con unos

padres capaces de hablar sobre aquella discapacidad el niño constituye una imagen del cuerpo sana y articulada al esquema corporal por la coherencia que existe entre lo que el niño recibe de sus padres y su realidad. “Así pues, la evolución sana de este sujeto, simbolizada por una imagen del cuerpo no invalida, depende de la relación emocional de los padres con su persona; de que muy precozmente estos le ofrezcan, en palabras, informaciones verídicas relativas a su estado físico de lisiado.” (Dolto F. , 1986, pág. 19)

De lograr constituir una "imagen inconsciente del cuerpo portada por – y entrecruzada con – nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro.” (Dolto F. , 1986, pág. 21). Es así que posteriormente aquello que llamamos imagen del cuerpo queda reprimido, por el descubrimiento "de la imagen escópica del cuerpo, y luego por la castración edípica.” (Dolto F. , 1986, pág. 34)

Cabe señalar que para la autora en la debilidad mental la potencialidad de simbolizar la imagen inconsciente del cuerpo está adormecida mientras que en la psicosis es interrumpida en alguna fase y no puede ser comunicada, esto se debe a que lo que la madre o el otro decía de él no tiene conformidad con lo que él siente o recibe. (Dolto F. , 1986) Por ende hay una separación entre el esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo dejando al esquizofrénico ligado a su esquema corporal y lo imaginario.

Dentro de las propuestas de la escuela francesa, se presentan dos conceptos importantes que permiten aprehender la complejidad de lo que se ha denominado función materna el *Transitivismo* y el *Estadio del Espejo*, que será desarrollado más adelante; hay que recordar que en el inicio el niño se percibe a sí mismo como un cuerpo fragmentado y que podrá asumirlo como unificado solo a través de la identificación con la imagen del otro.

“en el caso particular del transitivismo, el proceso pasa necesariamente por el cuerpo [...] El cuerpo es aquí el lugar de encubrimiento por el cual el mundo toma forma y consistencia para el niño. Se comprende que el acceso a lo simbólico que representa la identificación del niño con el discurso de la madre concierna al cuerpo en cuanto no es únicamente cuerpo imaginario sino también cuerpo de lenguaje, de significantes y letras” (Bergès & Balbo, 1999, pág. 10)

La entrada al lenguaje, al orden del significante, supone el deseo de la madre, la función materna, por ende la inscripción del Nombre-Del-Padre,

“Cuando se hace alusión a pasajes fundantes en la constitución subjetiva, es necesario referirse a cómo un cuerpo biológico deviene simbólico, es decir, cuerpo libidinizado que puede romper con el lazo pasivo que lo une al Otro. En el acontecer del bebé, cada día le vendrá o no desde el Otro el reconocimiento como sujeto; en un primer momento estas significaciones serán arbitrarias, y sin embargo son las que lo irán significando como sujeto.” (Rojas Hernández & Soto Pére, 2007 , pág. 204)

Parte de este reconocimiento como sujeto viene en acciones como el hablarle antes de ser hablante, y deseirlo para poder constituirlo como ser deseante, y el Transítivismo se ubica dentro de esta función, y consiste en significar las acciones del niño introduciendo la palabra y permitiéndole reconocer en él el afecto. Para esto “la madre se pone en el lugar del niño, le expresa que debe sentir un dolor, sin lo cual él no lo sentiría.” (Bergès & Balbo, 1999, pág. 19) y el niño a su vez se identifica con la madre, no desde una postura histórica, si no desde la aceptación de la hipótesis que ella le plantea según la cual él habría sufrido y no ella. (Bergès & Balbo, 1999)

Levin puede explicarlo mejor en tanto articula el Transítivismo con la imagen inconsciente del cuerpo; al hablar de dolor, el autor dice: “En la escena representacional, el dolor corporal se articula a la imagen del cuerpo, a tal punto que, si no hay registro de dolor, tampoco podrá constituirse y construirse el esquema corporal¹⁷” (Levin, 2003, pág. 83) la función de la madre en el Transítivismo es por lo tanto articular la palabra al cuerpo a través de la significación de sus acciones, sin la cual la imagen del cuerpo no puede ser simbolizada.

Entonces se haría posible explicar que para algunos casos la capacidad de simbolizar la imagen inconsciente del cuerpo en la discapacidad intelectual esta adormecida, porque la discapacidad ha adormecido a los padres y los ha llevado a tomar caminos que en el capítulo III se abordarán. En otros casos, los efectos del diagnóstico de discapacidad podría producir como efecto una psicosis, situación en la cual por el contrario, la imagen del cuerpo no pueden ser simbolizada, debido a que la palabra no se articula al cuerpo pues el transítivismo se ve afectado por la posición que ocupa el niño de objeto y no de falo imaginario.

¹⁷ Construirse Esquema corporal en tanto se articula con la imagen del cuerpo.

La madre que desea: El deseo materno y su función en la estructuración del sujeto.

Al abordar Winnicott y los indicadores de la función materna, coincidimos con Jerusalinsky cuando diferencia la madre que cuida de la madre que desea; por eso al hablar de la función materna, hablamos del “agente de intermediación de lo simbólico para el infans”. (Jerusalinsky, 1998, pág. 39)

Anteriormente se explicó la importancia de los aportes de Winnicott, en, lo que para Bleichmar y Jerusalinsky se considera, el registro imaginario; en este sentido Jerusalinsky retomando a Lacan, hace una crítica a Winnicott, desde su postura y lleva la función materna más allá de los cuidados y la ilusión, poniendo especial atención al *deseo materno*, desde allí explica la función de la madre como madre en falta. “Prematuro como es, el cachorro humano requiere la presencia real de un agente que lo reciba en un espacio virtual (el lugar de su falta), espacio en el cual ese infans se espeja (se imaginariza).” (Jerusalinsky, 1998, pág. 39)

Ese espacio, que da pie al deseo, existe en tanto la madre está a travesada por la castración simbólica, es decir esté inscrita metafóricamente en el Nombre-del-Padre. “Solo así el hijo es objeto de deseo; y solo así, entonces, la madre inscribe (¿escribe?) en su cuerpo las marcas de lo simbólico. Esta es por excelencia, la función de la madre.” (Jerusalinsky, 1998, pág. 39)

Queda claro que para que el niño pueda ser atravesado por la falta, tiene que ser objeto de deseo de la madre, pero para que la ecuación este completa, es necesario que en él se inscriba el Nombre-del-Padre, “Nos resulta fácil comprender la instalación del proceso de la metáfora paterna basándonos en el principio de esta sustitución significativa” (Dor, 1989, pág. 48) es decir, al descubrir el hijo la falta en su madre, descubre también que el goce de ella con él se encuentra restringido, la madre entonces se dirige al Otro, representado por el Nombre-del-Padre, y “Lo que este significante significa (en última instancia lo que hace la diferencia sexual) es deseado por la madre y, entonces, pasa también a ser deseado dialécticamente por el hijo.” (Jerusalinsky, 1998, pág. 42); En palabras de Joel Dor (1989), al relacionar al padre como causa de la ausencia de la madre el niño asocia un nuevo significante, el del Nombre-del-Padre, al significado falo, entonces sustituye este último por el nuevo refiriendo el padre al falo, como objeto de deseo de la madre. (Dor, 1989)

Cuando esto no ocurre y la falta se sutura, “el Nombre-del-Padre no se metaforiza. La madre no es deseante de un hijo, sino de un gajo que la complete, porque en su imaginario la falta (la diferencia sexual) no es irremisible.” (Jerusalinsky, 1998, pág. 42)

El papel del niño en la relación

Se ha hablado ya de la importancia del papel de la madre en la relación, no obstante, no es ella la única responsable de que esta funcione; Jerusalinsky (2005), en su libro *Psicoanálisis de los problemas del desarrollo infantil*, menciona la importancia del niño en la relación y toma en cuenta que su discapacidad trae consigo retos para la madre.

Es muy común que la discapacidad intelectual suela acompañarse de otras alteraciones orgánicas o del cuerpo como físicas, hipo e hipertensión, espasticidad, epilepsia, entre otros, que al limitar y entorpecer el contacto físico del niño con su madre, así como la manipulación, alimentación, etc. incrementan la angustia e inseguridad de la madre y generan conflicto en la diada. Es importante recalcar la importancia que tiene para la madre, no solo el dar amor y protección a su hijo, sino sentir que el niño de alguna manera acepta eso que ella le puede dar, cuando esto no sucede y el hijo por su condición rechaza lo que proviene de la madre, ella se siente herida en su narcisismo y se angustia afectándose la relación.

Un aspecto a tomar en cuenta es que la posición en la que se ubica el niño, como parte de una sociedad que lo ha exiliado de su posición como sujeto, en otras palabras el niño es discapacitado en tanto hay una sociedad que lo discapacita.

CAPITULO III: INFLUENCIA DE LA RELACIÓN MADRE-HIJO EN LA MANIFESTACIÓN DE CONDUCTAS SEXUALIZADAS.

En el momento del nacimiento de un niño con discapacidad madre y padre se encuentran, según Silberkasten (2005), con una expectativa narcisista truncada ya que el bebé que esperaban, aquel encargado de colmar su falta es la representación misma de ella. “El cuerpo tiene serias dificultades de devenir propio. A la madre le resulta casi imposible ceder algo de sí ya que no sabe cómo será recibido.” (Silberkasten, 2005 párrafo 2) Esta es la problemática con mayor importancia en lo que refiere a la posterior estructuración del niño con discapacidad, por este motivo la relación madre-hijo en la discapacidad atraviesa una serie de factores que la ponen a prueba, la madre se ve obligada a vivir un duelo y aceptar una realidad que no era la esperada y es evidente que el choque emocional que esto genera afecta directamente al hijo dependiente de ella.

Para Silberkasten (2005), la discapacidad en sí misma no es definida por una causa orgánica, ciertamente en lo real, el cuerpo, la falta no existe; “la realidad del cuerpo se construye, y sus faltas dadas desde un significante que lo recorta” (Silberkasten, 2005 párrafo 9) la discapacidad esta dada entonces no por un real orgánico sino por un código en lo social que la determina.

El presente capítulo busca articular el recorrido de esta disertación, relacionando en un principio la connotación negativa que carga a costas la Discapacidad Intelectual, fundamentada sobre todo en la idea darwinista, que cohibe al sujeto, con limitaciones cognitivas, de su sexualidad, posicionándolo desde el nacimiento como discapacitado y en este sentido excluyéndolo, como postula Jerusalinsky, de la red de significantes que giran en torno a la sexualidad, y plantean un sinnúmero de interrogantes: ¿Cómo se posicionan estas madres?, ¿Qué de ellas y de su deseo pueden ceder a sus hijos? y ¿Qué sucede con el niño, podrá asumirse como sujeto sexuado desde el discurso social?

Estructuración del sujeto: efectos del narcisismo herido de los padres

“El ideal de Hijo” Una propuesta Freudiana

Freud, en su texto *Introducción al narcisismo* propone, entre otros, dos conceptos importantes que se abordarán más adelante e intervienen en este fenómeno guiando la transición del niño: *Ideal de hijo* y *Narcisismo primario*; Los padres forman en su mente el ideal de un hijo en el que depositan sus deseos truncados, para Freud (1914) ellos no quieren privarse de la perfección narcisista de su infancia y por ello, a través de la sublimación, intentan recobrarla en una nueva forma de ideal del yo, que no es más que el ideal de hijo¹⁸. (Freud, 1914)

Pero, ¿Por qué es importante para la relación este concepto?, a pesar de las muchas teorías y definiciones que existen acerca de esta temática, todas convergen en una función principal, la posibilidad del niño de entrar y relacionarse con el mundo; el bebé al nacer no nace con un yo instaurado, “Es un supuesto necesario que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo; el yo tiene que ser desarrollado” (Freud, 1914, pág. 74) Inicialmente el sujeto se encuentra anímicamente movido por pulsiones parciales que tienen por meta pulsional las zonas erógenas, etapa a la que Freud denomina como autoerotismo, no obstante para que el yo sea estructurado el niño tiene que recurrir a él, a las pulsiones autoeróticas, de conservación, y agregar algo más, aparece entonces el concepto de narcisismo primario.

Este es un paso importante, según Freud, para que en el niño las pulsiones puedan converger en pulsiones yoicas direccionadas a un cuerpo integrado y a su vez pueda darse una diferenciación entre ellas y las pulsiones sexuales. En el narcisismo primario la libido inviste al yo y se almacena como libido yoica para luego investir a un ideal del yo heredado de los padres y posteriormente, como libido de objeto, depositarla al exterior, en los objetos de deseo; no obstante, esta libido no nace en el bebé sino que a través del ideal del yo le es heredada por la figura parental, quien en su afán de no querer “privarse de la perfección narcisista de su infancia (...) procura recobrarla en la nueva forma del ideal del yo” (Freud, 1914, pág. 91), ideal de hijo, proyectando el narcisismo de la infancia en un ideal sustituto a través de la sublimación. (Freud, 1914)

¹⁸ Revisar capítulo III donde se aborda más profundamente esta idea.

Siguiendo a Freud, Esteban Levin, menciona la importancia de la poetización del cuerpo, esto quiere decir que desde el nacimiento el cuerpo del bebé “es habitado por palabras, imágenes, colores, sonidos, voces, toques, ritmos, texturas, símbolos” (Levin, 2003, pág. 77) que lo narcisizan, y le permiten entrar al mundo imaginario. “El campo del investimento poético-ficcional-escénico sólo existe porque hay diferencias, hay erogeneidad libidinal, efecto del amor y la pasión que el Otro encarna” (Levin, 2003, pág. 84); sin embargo, cuando la discapacidad entra a formar parte de la ecuación se corre un riesgo muy grande puesto que podría arrinconarse al bebé en una posición de objeto de amor eterno, “objeto sobrante de ese Otro que goza con su discapacidad.” (Levin, 2003, pág. 85)

“Uno de los graves peligros del niño tomado como discapacitado es que esté ubicado en una posición fija e inamovible de “eterno bebé”. Esta discapacidad eterna le impide habitar su cuerpo poéticamente. Es habitado, entonces, por ese Otro madre-eterna, ese Otro ciencia, ese Otro pedagogía, ese Otro especial, ese Otro capacitado” (Levin, 2003, pág. 85)

Lacan, por su parte retoma la teoría de Freud y teoriza sobre la importancia del deseo de la madre; para Freud el ideal de hijo se presenta como una oportunidad de los padres de redimir ese narcisismo truncado en la infancia, de recobrar esa omnipotencia infantil que se ha perdido. La madre, como mujer, vive la castración de manera diferente ya que ella misma está castrada, dice Freud que la niña al descubrirse castrada se vuelve con odio hacia la madre y se vuelve hacia el padre en busca de eso que a ella le falta, en palabras de Lacan, el falo; y solo “en cuanto renuncia a él, podrá hacer del significante imaginario del falo, el significante hijo.” (Ramírez Ortiz, 2012, pág. 72)

Entonces para el psicoanálisis lacaniano el niño es investido por la libido de la madre solo en cuanto puede ser inscrito en el deseo materno, en tanto puede ser significado como falo imaginario de la madre, una madre que por función del Nombre-Del-Padre se encuentra en falta, castrada, y por ende se ha constituido como ser deseante, lo que es importante para que el niño pueda hacer su entrada en lo simbólico, pues este tiene que ser capaz de reconocer en él la falta a través de reconocerla en su madre y así ubicarse en una posición de ser deseante deseando el deseo de su madre.

Freud (1914) habla de un ideal de hijo que se hereda en forma de ideal de yo al niño, un ideal de hijo que es la premisa para que la madre pueda erogenizar al bebé

entregándole su energía libidinal y que es herencia de la castración; desde esta postura consideremos que la investidura libidinal del niño depende del ideal de hijo, que en términos de Lacan, es consecuencia del deseo del falo que, en el plano imaginario, le da una sensación de completud a la madre insostenible en el registro simbólico por la función del Nombre-del-Padre que la atraviesa.

“Sería necesario decir ahora que la imago del seno materno es su piedra fundamental. Ella proporcionaría los elementos para la construcción de la función materna en la cual la mujer encuentra un objeto primordial de su sexualidad” (1980, pp. 35-6). Se trata de la ecuación [pene=hijo] — falo (Lacan, 1971, p. 284) que caracteriza a la maternidad, en la medida en que, en la mujer, la falta se especifica en el deseo del hijo. Este lugar vacío es simbólicamente llenado por el niño, con el cual se ímaginariza una completud, insostenible, sin embargo, en el nivel simbólico: el niño también es afectado por la falta.” (Jerusalinsky, 1998, pág. 40)

Narcisismo Primario y Estadio del Espejo: Articulación Freud y Lacan

Un concepto lacaniano que permite articular la dimensión imaginaria con el narcisismo primario propuesto por Freud es el Estadio del Espejo. “Basta para ello comprender el estadio del espejo como una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen, cuya predestinación a este efecto de fase está suficientemente indicada por el uso, en la teoría, del término antiguo imago.” (Lacan, 1949, pág. 100)

Lacan hace una relación entre el yo constituido en el narcisismo primario y la función de la Imago, enmarcándolo en el plano imaginario. Al inicio, el niño se percibe así mismo como fragmentado¹⁹, es necesario que él pueda captar su imagen en el espejo, solo así se constituirá el narcisismo originario; no obstante, este narcisismo originario es también alienante, “para empezar, el niño se reconoce en lo que sin duda alguna no es él mismo sino otro; (...) ese otro, aun si fuese él mismo, está afectado por la simetría especular, (...), aquel que se reconoce como yo no está afectado de mis limitaciones, él no tiene los problemas que yo tengo para moverme.” (Vega, De Vedia, & Roitman, 2011, pág. 8).

¹⁹ “El período del autoerotismo corresponde entonces a esta primera infancia. Se trata de un período de las pulsiones parciales y de un "cuerpo fragmentado", signado por ese "desamparo original" cuyo posible retorno constituye una amenaza.” (Vega, De Vedia, & Roitman, 2011, pág. 6)

Hay que recalcar lo que “Lacan hace con el texto de Freud de 1914 (...) ligar el yo freudiano del narcisismo (a la función de la Imago) y a la identificación como transformadora del Yo” (Vega, De Vedia, & Roitman, 2011, pág. 6) por eso este narcisismo originario, que empieza en el reconocerse en el espejo es la primera identificación; el niño que se ve en el espejo no está fragmentado, al contrario está dotado de una unidad que él no puede atribuirse a la percepción de su propio cuerpo. (Vega, De Vedia, & Roitman, 2011)

“En efecto: ese otro que le mira tras el espejo y que le cautiva, pronto aprenderá que es él, incluso se le dirá: “Mira, ese eres tú” señalándole la imagen. Imagen entera de un cuerpo despedazado, imagen que anticipa una maduración del dominio motriz que por el momento no se tiene. “Eres tu”: imagen pues de mí, imagen de mi yo, imagen del yo. La primera identificación, dice Lacan, imaginaria. (...) Cualquier otro a quien yo ame en algo, aquel a quien vea con buenos ojos, narcisismo ya desde Freud, estará para mí en el lugar de esa imagen alienante en la que confluyen mi ideal del yo y mi cuerpo sin fragmentar.” (Vega, De Vedia, & Roitman, 2011, pág. 8)

Por este motivo, la base de la agresión, cuando al otro ya no se ama, está en el retorno al cuerpo fragmentado, puesto que cuando la identificación con el otro no se sostiene, la imagen falla. (Vega, De Vedia, & Roitman, 2011)

El término "narcisismo primario" con el que la doctrina designa la carga libidinal propia de ese momento revela en sus inventores, a la luz de nuestra concepción, el más profundo sentimiento de las latencias de la semántica. Pero ella ilumina también la oposición dinámica que trataron de definir de esa libido a la libido sexual, cuando invocaron instintos de destrucción, y hasta de muerte, para explicar la relación evidente de la libido narcisista con la función alienante del yo [jé], con la agresividad que se desprende de ella en toda relación con el otro, aunque fuese la de la ayuda más samaritana. (Lacan, 1949, pág. 104)

Presisamente a propósito de la posibilidad de agresividad que suscita la especularidad vale preguntarse ¿Qué sucede cuando el ideal de hijo es truco por una discapacidad y la perfección narcisista de la infancia del padre no puede ser recobrada en el niño?

Diferentes caminos para la estructuración psíquica del niño con discapacidad.

En el terreno de la discapacidad varios son los caminos que pueden tomar los padres para enfrentar la discapacidad de su hijo y sobrellevar, o no, la herida narcisista que les genera el nacimiento de un niño que no esperaban; en esta línea, la autora desarrolla tres caminos posibles tomando las propuestas de Esteban Levin y Jerusalinsky:

1. “Los padres se reflejan así en su “hijodiscapacitado” conformando uno con ellos, pero es un uno completo, sin límite.” (Levin, 2003, pág. 40) el niño por tanto se transforma en el goce del Otro.
2. El ideal de hijo que los padres transmiten al niño se construye en base al hijo discapacitado como eterno bebé y por tanto se genera un síntoma anulador de la sexualidad. (Jerusalinsky, 2005)
3. La elaboración del Duelo y la resignificación.

El camino de la psicosis: primer camino

En la primera vía de estructuración del sujeto se han recopilado el primer y segundo camino propuestos por Levin, que se han relacionado con la psicosis; el primero en donde el niño queda relegado a objeto de goce del Otro y un segundo donde el hijo se pierde tras su discapacidad obnubilando cualquier encuentro entre los padres y el niño más allá de su deficiencia. (Levin, 2003) Esto genera “un espejo que refracta una y otra vez al niño en su organicidad y anormalidad. Aparece lo que analizamos acerca de la figura del doble ideal, de aquel que no nació y que el hijo en su discapacidad soporta como otro espejo ideal, competencia inalcanzable e imposible que culmina siempre vencéndolo” (Levin, 2003, pág. 41)

Maud Mannoni, en su libro *El niño retardado y su madre* hace una comparación interesante entre la estructuración psicótica y perversa y la que se desarrolla entre la madre y el “*deficiente mental*”, no obstante la diferencia innegable entre ellas es la limitación cognitiva, en muchos casos producto de un daño orgánico, que siendo un techo cognitivo evita al niño acceder a un nivel lógico, simbólico.²⁰ Pero ¿por qué se puede confundir la deficiencia intelectual con las psicosis infantiles?

²⁰ Es importante recordar que la etiología de la discapacidad intelectual es muy variada y en este sentido no toda discapacidad intelectual tiene su origen en el daño orgánico.

En la psicosis, según Jerusalinsky, ocurre que el deseo materno, afectado por la forclusión del Nombre-del-Padre esquivado al Otro con su deseo y por tanto captura indisociadamente al hijo. Esto quiere decir que el niño no ocupa un lugar en el deseo de la madre, y por tanto el significante del Nombre-del-Padre no es asociado por él con el falo, objeto de deseo de la madre, y la entrada a lo simbólico se restringe.

En la discapacidad intelectual, por el contrario, este deseo de la madre no se encuentra afectado por la forclusión del Nombre-del-Padre, sino que el deseo del hijo, al ser saboteado por la discapacidad según Jerusalinsky, hace que los padres no sean capaces de reconocerse en él y entonces opten por formas transitorias ²¹de delirio que buscan restituir lo que en su narcisismo fue dañado: (Jerusalinsky, 2005)

1. “la sombra del hijo deseado y perdido caerá sobre el yo de los padres abriendo el camino de la depresión melancólica.” (Jerusalinsky, 2005, pág. 97) y sumergidos en su propio sufrir y preguntándose una y otra vez ¿por qué a mí? Se encierran en la autocontemplación y el hijo es desterrado de ese circuito narcisístico.
2. A fin de suavizar el impacto que genera la llegada del hijo con discapacidad, los padres se convierten en mártires, héroes, guerreros sociales que luchan por sus hijos.

Formas de delirio que podrían dejar caer al niño reduciéndolo a su puro límite real, “Quedaré inadvertido en el imaginario materno, como objeto complementario de este personaje: será una cosa para ser heroica.” (Jerusalinsky, 2005, pág. 97) Pasa en la discapacidad que el niño mientras sus padres enfrentan el siniestro de forma heroica queda reducido al papel que le ha sido impuesto, entonces no puede aparecer en el deseo y hace su entrada en la psicosis. (Jerusalinsky, 2005)

En este camino el niño se ve representado así mismo como discapacitado, si lo que recibe del otro es una imagen distinta puede haber un problema con la construcción del cuerpo y del yo de ese niño. Como se mencionó anteriormente con Dolto la imagen inconsciente del cuerpo y esquema corporal se articulan a través del narcisismo y, siguiendo a Lacan y a Freud, con la formación del yo; “Cualquier otro

²¹ Es importante tomar en cuenta la palabra TRANSITORIAS, ya que estas formas de delirio que los padres toman como camino les ha servido para aceptar ese hijo que no era el esperado, puede darse que los padres se vean envueltos en este camino arrojando al niño a una psicosis, no obstante no siempre sucede de esta manera porque discapacidad intelectual y psicosis no deben ser indiscriminadas.

a quien yo ame en algo, aquel a quien vea con buenos ojos, narcisismo ya desde Freud, estará para mí en el lugar de esa imagen alienante en la que confluyen mi ideal del yo y mi cuerpo sin fragmentar.” (Vega, De Vedia, & Roitman, 2011, pág. 8)

En la discapacidad puede ocurrir que, perdido en la discapacidad, el hijo se identifica como deficiente y por ende su yo, que débilmente sostiene su identificación, es frágil, pues se ha construido en la base a un ideal del yo de “hijodiscapacitado”, sin promesas.

Puede darse, también, que la madre entre en un estado melancólico, depresivo, en donde según Freud será incapaz de ceder algo de su energía libidinal. No obstante pensar en un bebé que no recibe nada de su madre, hace pensar en los estudios realizados por Rene Spitz (1965) en los cuales habla de que la hospitalización de niños pequeños sin presencia de sus padres los lleva a una depresión anaclítica y en casos severos al marasmo y muerte del niño. (Spitz, 1965)

Es importante reconocer que aun cuando deficiencia mental y psicosis han sido relacionadas una con la otra, la diferencia entre ambas, es que en la discapacidad, como en tantas otras situaciones excepcionales, si es que acaso el niño hace su entrada en la psicosis, no necesariamente es debido a la Forclusión del Nombre-Del-Padre, sino producto de una madre a la que no le ha quedado otra forma de enfrentar la pérdida del hijo ideal, que a través de un camino transitorio en forma de delirio.²²

No obstante es importante señalar el aporte de Levin en cuanto al tercer camino, puesto que pone en manifiesto que el deliro parental no es el único camino posible, ya que no todas las discapacidades son iguales y por tanto los caminos que toman los padres son diversos e influirán en la estructuración del niño.

La infantilización del hijo: Segundo Camino

Es necesario recordar que la madre es un agente del discurso, al hablar de la sociedad nos remitimos de alguna manera a la función paterna o función del tercero, es la madre

²² Es importante señalar aquí que lo expuesto no es una regla generalizada de lo que ocurre en las discapacidades, pues no todos los padres son iguales ni todos toman este camino, no obstante se lo ha expuesto con el fin de explicar la relación y estrecha vinculación de la discapacidad intelectual con las psicosis infantiles.

quien vectoriza la terceridad²³ en su discurso, no obstante en el caso de los niños con discapacidad esta terceridad no significa el ideal ni la promesa de una realización sexual.

No sería correcto pensar en un ideal del yo que no existe, tal vez sí se puede suponer un ideal del yo, posiblemente afectado ya que nace de un ideal de hijo truncado, pero que se construye y sostiene en la idea del Hijo Discapacitado, como el eterno bebé que por ser bebé y por ser discapacitado ha sido cohibido de su vida sexual; en otras palabras el ideal de hijo turbado de los padres se enfrenta a una sociedad y se redefine a sí mismo como una oportunidad de tener un bebé eterno, el narcisismo herido de los padres encuentra su alivio en esta posibilidad, opción que es válida en tanto evita pensar en un futuro y por tanto en una realización sexual, yendo de la mano con una cultura, que sostenida en una postura evolucionista, enfoca la sexualidad desde la genitalidad y la reproducción y por tanto teme que el hijo discapacitado se reproduzca y lo relega de las normas sociales.

Suele pasar que el deseo de la madre se perturba y la depresión producto de la conmoción que la llegada de un hijo con discapacidad genera en ella y su familia, limita el intercambio madre hijo dejando de ser gozoso, por lo que un futuro de promesas de realización sexual se suprime, (Jerusalinsky, 2005) y se establece una brecha enorme donde se evidencia que el niño es excluido de las palabras o significantes que, para Jerusalinsky, abren o cierran las vías en el ejercicio de la sexualidad.

“Una vida sin placer es una vida sin deseo, (...) Este placer se gesta en la identificación con una madre gozosa de tener su hijo, y un padre que le abre promesas de realización sexual futura” (Jerusalinsky, 2005, pág. 165)

Cuando se suprime la promesa de realización sexual en el futuro, no solo se lo ancla a la organicidad sino que no le permite inscribirse en esta red de palabras que generan el síntoma de diferenciación y por el contrario el sujeto padece de un síntoma anulador de su sexualidad, que lo lleva a indiscriminar los afectos y lo define a sí mismo como extremadamente cariñoso. (Jerusalinsky, 2005)

²³ Un grupo de psicólogos en formación de Bélgica respondieron: "lo que introduce la separación; el elemento exterior a una relación, lo que permite la aireación, la apertura, lo que permite encontrar la distancia óptima y así escapar a lo fusional; aquello que es otro; lo que permite salir de la relación en espejo, de lo imaginario; aquello que crea un nexo entre dos interlocutores, aquello que pone en perspectiva, lo que sería peligroso también ya que ello implica pérdida, aquello que permite avanzar, aquello que introduce lo simbólico, aquello que representa la Ley; o simplemente la posición del padre entre al madre y el niño ..." (Lebrun J. P. 2005 citado en Gratadoux, E., 2009 pág. 112)

La elaboración del Duelo: Tercer Camino

Es viable suponer que los padres son capaces de resolver un duelo y aceptar ese hijo como el hijo deseado, pues hay casos también en los que si bien el niño se construye a partir de un ideal truncado no es reducido a objeto de goce y por tanto no puede ser considerado psicótico.

Si bien este camino es difícil y doloroso algunas familias logran hacerlo, pero hacerlo significa poder reconocer la deficiencia y además “profundizar el lazo escénico de amor con su hijo y no con la discapacidad.” (Levin, 2003, pág. 42) Es este camino el que permitirá al niño “aparecer en el espejo del Otro como sujeto, apartándose de lo discapacitante o representante de la deficiencia.” (Levin, 2003, pág. 42), en otras palabras la discapacidad no desaparece, debe ser reconocida por los padres como parte del hijo sin identificar, recubrir, al niño con ella.

Conductas sexualizadas su problematización desde el psicoanálisis

Como se explicó en el primer capítulo, a diferencia de una persona sin limitaciones cognitivas, la funcionalidad que tienen las conductas sexualizadas en los sujetos con discapacidad intelectual muchas veces se reduce a satisfacer una necesidad que es inherente al ser humano, a la sensación placentera que produce la autoexploración de su cuerpo, puesto que su condición no le permite llegar a significar la sexualidad en su totalidad. (Gutiérrez, 2010) Pero ¿Por qué no alcanzan a significar la sexualidad?

Se habló en un inicio de la evolución de la concepción de la discapacidad y un hito fundamental que afectaría ese camino, el darwinismo social, una concepción todavía imperante que ha significado a la persona con discapacidad como asexualada, sin derecho a reproducirse; por eso la presencia de las conductas sexualizadas y otras manifestaciones, en la discapacidad, no pueden ser entera responsabilidad de la madre, pues es necesario recalcar la pertenencia de ella a una cultura, a una sociedad, que desde sus significantes significa su realidad.

Una madre que es parte de esa cultura y recibe un hijo con discapacidad muchas veces se enfrenta a una realidad para la que no estaba preparada, su hijo tiene una discapacidad (que no está determinada por el real orgánico del cuerpo como lo decía Silberkastein (2005) si no por un código social que así lo determina) en este escenario no

siempre es factible esperar que este niño ocupe su lugar en el deseo de la madre como falo imaginario que la complementa.

Si se supone una madre enfrentándose a un ideal de hijo afectado, es posible suponer un problema en la erogenización del bebé. Freud nos dice que la madre libidiniza al niño a través del ideal de hijo, lo hace también a través de sus cuidados; si bien existe un ideal de hijo turbado que podría interferir en el proceso, hay también un deseo de la madre de conservar ese hijo y hacerse cargo de él, puede ser que entre en una relación de amor-odio camuflada en la sobreprotección, o por el contrario se sienta obligada a cuidar de ese niño, no obstante sea sobreprotegiendo o aceptando la obligación, guiada por el deseo de ser madre, libidinizará a su hijo a través de sus cuidados y su relación.

Retomando lo explicado en párrafos anteriores, en el autoerotismo “las primeras satisfacciones sexuales autoéroticas son vivenciadas a remolque de funciones vitales de autoconservación.” (Freud, 1914, pág. 84) Por lo que las pulsiones sexuales están a su servicio y las pulsiones parciales evidenciadas en esta etapa se apuntalan hacia pulsiones yóicas de autoconservación; estas últimas se apuntalan al principio de satisfacción de las primeras y hacen que la sexualidad y la satisfacción sexual sean apreciadas por el individuo desde el autoerotismo.²⁴

“Son numerosas, brotan de múltiples fuentes orgánicas, al comienzo actúan con independencia unas de otras y sólo después se reúnen en una síntesis más o menos acabada. La meta a que aspira cada una de ellas es el logro del placer de órgano; sólo tras haber alcanzado una síntesis cumplida entran al servicio de la función de reproducción, en cuyo carácter se las conoce comúnmente como pulsiones sexuales. En su primera aparición se apuntalan en las pulsiones de conservación.” (Freud, 1915, pág. 121)

Entonces las conductas sexualizadas se presentan como una consecuencia de los estados tempranos del desarrollo, el autoerotismo, no obstante, un posible estancamiento del niño en el autoerotismo, nos hace pensar en las conductas sexualizadas como una

²⁴ Vale mencionar aquí la importancia para Freud, de esta diferenciación puesto que el individuo lleva una existencia doble, una donde es fin para sí mismo y otra donde su función es la reproducción, “La separación de las pulsiones sexuales respecto de las yóicas no haría sino reflejar esta función doble del individuo” (Freud, 1914, pág. 76)

manifestación en donde la satisfacción sexual se considera equiparable o confundida con la autoconservación; esto plantea dos problemas, el primero en el que el niño se verá envuelto en la psicosis, como se ha explicado ya, y el segundo en el que debido al discurso del Otro social, se reduce la sexualidad a un instinto de autoconservación de la especie; despojándolo de la dimensión humana del deseo; es de este segundo problema de donde surge el concepto mismo de conducta sexualizada, por lo tanto habría que conferir a estas personas el estatuto de deseantes, aunque el movimiento de su deseo esté bloqueado o adormecido.

Jerusalinsky, en su abordaje de la sexualidad en la deficiencia mental, encontraría una respuesta al porqué la definición de este tipo de conductas se ve reducida o puede ser ampliada en la discapacidad. “La sexualidad tiene un papel fundamental en la estructura del sujeto psíquico. La madre provee al bebé los objetos satisfactorios que, por serlo, se instalarán como objeto de pulsión.” (Jerusalinsky, 2005, pág. 165) siguiendo a Lacan es el deseo de la madre el que se encarga de investir al niño e introducirlo al mundo, es en la relación madre-hijo que la historia de la sexualidad empieza y con esta la capacidad de simbolización que postergará las relaciones eróticas puramente corporales y le dará al sujeto un orden interno que le permite la entrada a la sociedad; no obstante cuando esta relación se ve truncada por una discapacidad que interfiere con el ideal de hijo de la madre, puede producirse una inhibición de la sexualidad que no deja espacio para esta construcción, “los impulsos²⁵ quedan anclados a nivel del cuerpo y no encuentran derivación posible” (Jerusalinsky, 2005, pág. 165) dando paso, según refiere el autor, al fantasma de las neurosis graves y psicosis de los sujetos.

Al encontrarse el sujeto anclado a su organicidad y por tanto al no encontrar una representación de la sexualidad en la palabra, el sujeto con discapacidad se encuentra aislado e inhibido de este ámbito de la vida humana. (Jerusalinsky, 2005) Para este autor en la relación madre-hijo el sujeto se inscribe en la cultura en cuanto a través de ese otro que es la madre se ve a sí mismo con necesidades y se reconoce como ser deseante, entendiendo que depende de ese otro en el que se satisface y erogeniza, además al entrar en sociedad participa en ritos y convenciones que significa, otorga sentido, y rigen las relaciones sociales. (Jerusalinsky, 2005)

²⁵ Impulso en cuanto carece de un representante psíquico.

En este sentido el autor postula la importancia de la palabra en la sexualidad, la distancia con el otro se regula a través de estas convenciones sociales, y la connotación que se le da a una conducta de aproximación al otro tiene significado en la palabra, es decir, se puede abrazar a otro, besar a otro en la boca (como parte de la cultura), se puede encontrar a dos cuerpos casi juntos, no obstante sin una significación la conducta no puede verse como representante de lo sexual. (Jerusalinsky, 2005) “Lo que gobierna entonces, como acabo de ilustrar, la relación sexual, es un conjunto de palabras, aunque ellas puedan estar en el orden de lo inconsciente.” (Jerusalinsky, 2005, pág. 173)

Estas palabras que significan las relaciones sociales son las que, para Jerusalinsky (2005), abren o cierran las vías en el ejercicio de la sexualidad, generando diques pulsionales en una red de palabras que captura al bebé y genera un síntoma de indiferenciación entre el goce sexual con la figura parental y con el otro diferenciado de ellos (los padres). (Jerusalinsky, 2005)

En la discapacidad intelectual podría ocurrir que la obstaculización en la relación con la madre y por ende esta inhibición casi espontánea de la sexualidad del sujeto con limitaciones cognitivas, donde los padres no lo creen capaz de gozar, no solo lo ancla al cuerpo deserotizado sino que no le permite inscribirse en esta red de palabras que generan el síntoma de diferenciación y por el contrario el sujeto padece de un síntoma anulador de su posición sexual, que lo lleva a indiscriminar los afectos, las convenciones sociales que son significadas a través del lenguaje, haciendo muy común su proximidad con extraños y la falta de respeto entre los límites de lo público y lo privado. “No es que ellos sean especialmente cariñosos sino que no fueron introducidos al cuerpo de la sexualidad donde los cariños tienen otra determinada significación” (Jerusalinsky, 2005, pág. 175)

CAPÍTULO IV: ARTICULACIÓN DE LA TEORÍA Y LA CLÍNICA

La importancia del deseo materno en el desarrollo y estructuración del sujeto ha sido el recorrido que esta disertación ha tomado, se han abordado teóricamente algunos aspectos que podrían ser elaborados también desde la práctica clínica.

En el transcurso de la investigación se presentó la oportunidad de realizar la práctica pre-profesional, y posteriormente trabajar, en una institución de la ciudad de Quito que ha propuesto un proyecto de inclusión por tránsito educativo para niños con discapacidad; allí se atienden actualmente a 38 niños, de los cuales 3 han sido incluidos en primero de básica general y dos en inicial II general.

La investigadora ha colaborado en la institución durante 8 meses, lo que permitió abordar casos que permitieron relacionar la teoría que se revisaba para la disertación con la situación específica que atravesaban los niños atendidos en el centro. Si bien se trataba de infantes y no de adolescentes, la posibilidad de acercarse a esta problemática desde la primera infancia se veía como una oportunidad privilegiada para abordar el problema de la disertación: Análisis de la relación madre-hijo y su influencia en la manifestación de las conductas sexualizadas de adolescentes con discapacidad intelectual.

En la introducción de este trabajo académico se explicó que se abordarán dos casos, el primero y principal de un sujeto de doce años de edad, quien ha sido inspiración para esta disertación, con él se analizará la relación y las conductas sexualizadas.

Con el segundo caso, referente a una niña de tres años de edad, quien forma parte de la investigación gracias a la vinculación con el proyecto de Inclusión, se pretende abordar la relación madre-hijo con discapacidad durante el período de la infancia, siendo muy importante considerar cómo se da y ocurren los primeros intentos de relacionarse.

Al ser un trabajo investigativo del tipo cualitativo ha sido importante la recopilación de datos desde diversas fuentes con el fin de llegar a triangular la información y evitar en la medida de lo posible caer en la subjetividad del investigador; por ello se ha decidido utilizar tres herramientas en la obtención de datos: la observación a través de una bitácora de campo,

entrevistas y la revisión de documentos y registros de los casos relacionados con esta problemática, existentes en la institución.

En este sentido la obtención de información para el trabajo práctico constó de una entrevista a la madre, observación del sujeto en forma individual y de la interrelación de este con su madre; y en el segundo caso, se suman a la investigación, los datos obtenidos por la institución de: entrevistas anteriores con la madre, MAPEO²⁶ de la niña. Tanto para la entrevista y la observación, como para la recopilación de datos institucionales las madres e institución han firmado una autorización bajo el nombre de consentimiento informado; estos documentos están a cargo de la investigadora y por razones éticas de confidencialidad no pueden ser publicados en el documento.²⁷ La entrevista realizada ha sido analizada cualitativamente en el anexo 1, vale mencionar que los casos se publicarán bajo anonimato usando seudónimos.

Se pretende hacer un análisis comparativo de los casos, abordarlos de forma individual con su diagnóstico y una breve historia vital en un primer momento, y juntos al final del capítulo entrelazando la teoría y la clínica, para esto se ha realizado un cuadro con las respuestas dadas durante la entrevista y el indicador al que responden²⁸.

Caso: MARIO

MARIO, un adolescente de doce años de edad con diagnóstico de Síndrome de Down, ha sido considerado en esta disertación gracias a la relación laboral que se mantenía con su abuela.

Desde los cinco meses de edad hasta los seis años presentó varias complicaciones cardio-respiratorias, a los ocho meses es intervenido quirúrgicamente del corazón, y al año y medio de vida, sufre un derrame cerebral, obligándolo a internarse varias veces en un hospital, lo que según refiere la madre provocó frustración constante.

²⁶ Herramienta utilizada por la institución para obtener datos de los niños que son atendidos y sus familias.

²⁷ En caso de requerir el acceso a dicho documento por favor contactarse con la investigadora a cargo de la disertación.

²⁸ Anexo 1

Desde su concepción la madre enfrentaba muchas complicaciones respecto de tenerlo, no obstante cuando se decidió a hacerlo, asistió a sus controles, y durante su embarazo no presentó ninguna anomalía ni recibió por parte de los médicos indicios de que el niño al nacer presentaría alguna condición médica específica, por lo que al enterarse, 8 días después de nacido su hijo, que tenía síndrome de Down se sintió, en palabras de ella: “ *Frustrada, fue un impacto, sabía lo básico, no sabía que tenía que empezar las terapias, sobre los cuidados, las enfermedades, que no tomaban el seno.* ”

El padre por su parte no sabía que creer puesto que su familia, negó hasta el año y medio que MARIO tenía síndrome de Down, viendo los retrasos en su desarrollo y las complicaciones médicas que presentaba, al año y medio la familia paterna pide a la madre que les explique acerca del síndrome de Down.

Una vez recibido el diagnóstico empezaron a llegar las complicaciones, MARIO paso internado un mes, como no lactó desde el principio durante ese mes internado a su madre se le secó la leche, nunca hubo de parte de ella una preocupación o deseo de que él lactara puesto que ella “ *consideraba la idea de darle como una obligación* ”, ahora con su otro hijo lo ve diferente “ *tal vez la edad²⁹, eres más madura, realmente se siente una conexión, incluso me costó destetarlo.* ”

A los 5 meses empieza una travesía que durará hasta los 6 años, dice la madre: “ *cada 15 días vas al hospital y nunca por la misma enfermedad, te conviertes en doctora.* ” Durante este tiempo MARIO es intervenido quirúrgicamente del corazón, sufre un derrame cerebral y es internado varias veces en terapia intensiva, esto según la madre es lo más complicado que se ha presentado en la relación con su hijo, puesto que si bien se da vueltas y acomoda sus palabras para evadir el término muerte, el temor a la pérdida de este está presente, “ *lo vives muy fuerte (...) da tristeza porque sabes lo que puede pasar.* ”

A los seis años “ *se normalizó todo emocional y físicamente,* ” una señora mayor durante una de las múltiples hospitalizaciones del niño, viendo que tenía síndrome de Down se acerca a la madre y le dice que ella también tiene una hija con el mismo diagnóstico y que los niños

²⁹ La madre tenía 18 años cuando MARIO nació y 27 años al nacer su otro hijo.

que tienen esta enfermedad se enferman mucho hasta los seis años, pero una vez que cumplen esa edad todo mejora y se estabiliza, *“y así fue verás, cumplió los seis años y nunca más, volvemos al hospital por los controles y terapias, pero ya nada grave.”*

A pesar de esto los cuidados propiciados al niño hasta los 10 años (ya nacido su hermano) *“fueron en todo sentido, cuidado absoluto, alimentación, toda su ropa tenía que estar planchada o le daba alergia,”* y hasta el día de hoy, si bien es independiente en muchos aspectos, es su madre quien se ocupa de su aseo.

Durante la observación y entrevista con la madre de MARIO una conducta sexualizada sobre sale, además de la masturbación³⁰, la fascinación que tiene por los bustos grandes; según refiere su madre: *“cuando él ve a una chica con bubis grandes o escote quiere acercarse a ella y le dice hola y si no le hacen caso se enoja, pero si le responden uy! se enamora. (...) Claro, yo tengo que andar por la calle atenta a las chicas para poder distraerlo o taparlas para que no las vea.”*

Hoy por hoy la mamá de MARIO dice haber aceptado la discapacidad de su hijo, a veces todavía se siente cansada porque no encuentra en él un apoyo, pero según refiere *“ya no me sorprende nada de lo que me dicen, si no trabajó o se portó mal en la escuela, si le va mal en las evaluaciones, él aprende a su ritmo y yo ya no le exijo, lo respeto.”*

Caso: ISA

El caso de ISA, es importante pues da cuenta del proceso en la estructuración del niño que empieza en la primera infancia, puesto que esta disertación propone la sexualidad humana no como una sexualidad reducida a sus conductas, sino como parte de un proceso estructurante, en este sentido ha sido tomado en cuenta para esta investigación en tanto ha permitido abordar de manera cercana la relación madre-hijo en la primera infancia, de igual

³⁰ considerada para estos fines, y por la forma en que se manifiesta normal en su edad pero sexualizada puesto que al estar relacionada con la genitalidad se considera de carácter privado; el que su madre tenga que decirle que deje de hacerlo da cuenta de su manifestación pública.

manera ha sido un caso con el que recientemente se ha trabajado gracias a la vinculación con el proyecto de inclusión en Quito.

ISA es una niña de 3 años 9 meses con diagnóstico de Parálisis cerebral infantil severa, hemiplejía izquierda y epilepsia refractaria, depende enteramente de su madre quien insiste en darle el seno; ella la lleva a sus clases de estimulación, terapias y controles médicos en su afán de ayudarla. La niña duerme con sus padres debido a sus constantes convulsiones, según refiere la madre así puede estar pendiente de vigilar cuando le da convulsiones, que esté tapada y que respire.

Desde su concepción a los 29 años, la madre deseaba tener a la niña, había sido planificada junto con su pareja, quien ya tenía dos hijos mayores de un matrimonio anterior; al nacer la niña tuvo complicaciones, hipoxia y un consecuente derrame cerebral que la obligó a permanecer 2 semanas en terapia intensiva, y tres semanas más hospitalizada, durante este período la niña no tenía contacto permanente con su madre, esta cayó en depresión y al salir la bebé del hospital no pudo hacerse cargo de sus cuidados.

El padre de la niña, según refiere la madre, fue quien en un principio atendía los cuidados de la hija, pues los cuidados que ella le propiciaba, en sus palabras, eran mecanizados, sin hablarle, sin decirle “*mijita*” pues no la sentía su hija.

La niña no lactó desde el principio puesto que en palabras de la madre carecía de reflejo de succión, no obstante su versión resulta contradictoria ya que al preguntar cómo se alimentaba la niña responde que a través de un biberón.

A los 10 meses empiezan las convulsiones y es diagnosticada con Epilepsia Refractaria condición que no ha podido ser contralada hasta la fecha, esto ha generado que cada avance de ISA desaparezca tras un período largo de convulsión y por ende la han llevado constantemente a volver a la posición de bebé.³¹

Tras una visita a una psicóloga por la depresión que atravesaba la madre, ella cambia totalmente de actitud y se vuelve hacía la hija con un amor intenso, al punto de sentirse

³¹ Sería interesante realizar a mayor profundidad una investigación acerca de la epilepsia y la relación madre-hijo.

insegura o con miedo cuando la niña se encuentra al cuidado de otra persona que no sea ella; los padres no pueden pensar en un momento sin la niña por lo que su vida en pareja ha quedado relegada, refiere la madre que la niña tiene que estar presente en cada actividad que realizan y la única excusa para dejarla sola son las tareas del hogar en la cocina.

Al observar a ISA es notable su mirada perdida en el espacio, nada llama su atención a no ser que sea comida, parece desconectada del mundo y su mirada parece ser vacía. Tiene un apetito muy grande y tiende a molestarse cuando se acaba su alimento, pues según refiere la madre parece no entender que este se ha acabado aun cuando se lo explica, “*parece que se enoja conmigo pensando que yo le quité la comida.*”

Actualmente, padre y madre tienen temor de separarse de su hija, la madre refiere que ISA se puede frustrar o sentir que no es querida si se le deja de dar el seno, por lo que la niña sigue lactando.

Teoría aplicada en la clínica de los casos MARIO e ISA

Pérdida del Ideal de Hijo y Relación Truncada: la obligación de cuidar

Se ha explicado el papel de la madre desde diversas posturas del psicoanálisis y desde la teoría todas concuerdan con la importancia que tiene la madre en la subjetivización del niño, si un bebé llega a nacer hay algo de la madre que se lo ha permitido.

La madre de MARIO lo concibió a la edad de 18 años, esto hizo que desde el inicio MARIO según sus palabras no haya sido deseado, si bien nunca supo explicar las razones que lo motivaron a tenerlo, asistió a todos sus controles y permitió que él conociera el mundo; no obstante, nunca se imaginó que él podría padecer algún síndrome o una condición de discapacidad; Durante la entrevista es ella misma quien menciona el tema de la lactancia, MARIO no lactó, cuando se le pregunta al respecto, si cree o no que eso influyó en su relación hace una comparación (válida) justificada en la edad, con MARIO lo consideraba una obligación, con su hermanito (de MARIO) no fue así, a tal punto que en verdad sintió que se había formado un vínculo fuerte que le hizo difícil destetarlo, es importante recalcar el papel

de la abuela de MARIO, ya que ha sido gracias a ella, según la madre, que los cuidados fueron posibles.

Dentro de las funciones maternas está sin duda alguna el cuidado, recordemos a Esteban Levin cuando menciona la importancia de la poetización del cuerpo, el cuidado, las caricias que la madre brinda, donde el cuerpo del bebé no solo “es habitado por palabras, imágenes, colores, sonidos, voces, toques, ritmos, texturas, símbolos” (Levin, 2003, pág. 77) si no que además en el proceso es narcisizado. ¿Qué sucede entonces si el cuidado del niño recae en la obligación, sea por que se es muy joven, porque este trae consigo una discapacidad, o por ambas?

En el caso de ISA su madre mismo refiere que sus cuidados eran mecánicos, ella no era capaz de hablar con la niña durante sus cuidados, decía, no sentirla su hija, por lo que no era ella mismo capaz de decirle *mijita*, como en el caso de MARIO y su abuela materna, los cuidados de ISA no hubieran sido posibles sin la intervención de su padre, pues la madre de ISA estaba tan metida en sí misma por la depresión en la que cayó, según refiere, nombrándola como un círculo vicioso de autocompasión donde su hija no pintaba más que para recordarle el motivo de su tristeza.

En la discapacidad muchos de estos cuidados, a veces, a través del extremo cuidado, del proceder médico, etc., se convierten en cuidados mecanizados, no asombra entonces como durante el trabajo con los niños al explicarle a la madre lo importante que es decirle al niño lo que se hace y porque se lo hace, se sientan incomodadas o sorprendidas.

La función de la madre no puede ser reducida a los meros cuidados del niño, la erogenización es posible en tanto ese niño, aun con un ideal de hijo quebrado, es sostenido por una cultura que le dice a la madre que tiene que hacerse cargo de ese niño, pero el problema en la construcción de ese sujeto, es que esa misma cultura no tiene promesas para ese niño; las madres en el proyecto un día reunidas conversaban sobre lo duro que es ir al neurólogo, una de ellas decía que en una ocasión se había encontrado con un doctor que por primera vez era humano con ella, le causaba risa cuando contaba la desesperación de este nuevo médico de decirle con cuidado el severo daño cerebral que tenía su niño, y le causaba risa, porque antes de él muchos otros la habían hecho llorar.

Consideraba a este doctor humano, humano pues era capaz de ser empático, pues a pesar de ese daño que tenía el niño, fue el primero en hablarle de la plasticidad cerebral, de hacerle una promesa a esa madre, de que su hijo podría llegar a lograr algo; y le causaba risa porque quizás aquello que recibía de alguna manera se presentaba como cínico, ¿cómo alguien puede esperar algo de él?, hoy por hoy, la madre de ese niño, sueña muy alto, y este hijo con el 70% de su cerebro afectado es un niño con grandes fortalezas y definitivamente muy sociable a través de su sonrisa.

Por eso una promesa es capaz de hacer para ese niño, que las cosas cambien, la salud de MARIO también consecuencia de esta promesa; a los 6 años de edad, tras el consejo de una señora mayor, quien en su posición de Otro, representante de la cultura, le hace una promesa de bienestar a este niño, del que nada bueno se espera, el niño deja de enfermarse, “*y así fue ver, cumplió los seis años y nunca más, volvemos al hospital por los controles y terapias, pero ya nada grave.*”

Caminos de Resarcimiento del Narcisismo Herido de los padres: el niño discapacitado es el goce del Otro

Uno de los principales inconvenientes de un diagnóstico temprano de un síndrome o discapacidad es la relegación del sujeto y la imperancia de su condición,

“Uno de los graves peligros del niño tomado como discapacitado es que esté ubicado en una posición fija e inamovible de “eterno bebé. Esta discapacidad eterna le impide habitar su cuerpo poéticamente. Es habitado, entonces, por ese Otro madre-eterna, ese Otro ciencia, ese Otro pedagogía, ese Otro especial, ese Otro capacitado” (Levin, 2003, pág. 85)

Decía la madre de MARIO “*te conviertes en doctora, sabes cuando está enfermo, conoces el lenguaje de los médicos, medicinas, etc.*” Las madres que empiezan sin conocer nada de la discapacidad y el trato en el cuidado de sus hijos, de pronto, como la madre de MARIO, se vuelven hacia otra posición donde lo saben y conocen todo acerca de su hijo y su condición, de pronto saben todo acerca de su cuidado llevándolo inclusive al límite de la sobreprotección donde solo ellas saben lo que su hijo necesita, tienen miedo entonces de que

otro que no sea ellas se encargue de su “bebé”. El cuidado de MARIO por ejemplo fue tan delicado que inclusive la madre asegura que si la ropa no estaba planchada a él le daba alergia.

La madre de ISA se comportaba durante el trabajo con la niña de una forma más que sobreprotectora, si la niña durante el trabajo mostraba alegría siendo más activa que de costumbre su madre, quien por cierto no le agradaba dejarla sola por miedo, se mostraba molesta y soltaba frases como “*con ella estás feliz y con la mamá no*” como dando a entender que existía cierta necesidad de competencia, entre quien era mejor mamá; puede que ella como madre haya recibido constantes críticas acerca del cuidado de su hija, no obstante sus reacciones daban cuenta no solo de la presión de ser “buena madre” si no de sentir que alguien más quiere probar ser mejor madre para su “bebé”; en este sentido, pretende de alguna manera el cerrar las posibilidades del encuentro con otros, es necesario recordar que es ante la ausencia de la madre que el hijo busca fuera de ella; sin sentir en él la falta no habrá deseo.

El niño queda envuelto en una dinámica en la cual el mismo responde al deseo de la madre, se convierte en un bebé que no deja de serlo aun cuando su cuerpo y necesidades han cambiado.

MARIO, por ejemplo, hoy en día, su madre comenta, es capaz de ayudarlo apagando la hornilla de la cocina, es capaz de hacer muchas cosas independientemente, no obstante en lo más íntimo y privado de su cuidado, el aseo, aún es asistido por la madre, “*no se lava bien la cabeza y se deja el shampoo, luego si lo vuelvo a meter a la ducha para que se lave bien se enoja.*”

ISA por ejemplo, con 3 años de edad, no solo es llamada por su madre bebé, sino que está tan apropiada de ese papel que continua lactando; durante el trabajo con ellas en el centro dos maestras le reprochan este proceder y ella reacciona con risas, no obstante durante una entrevista menciona que siente miedo de que si ella deja de darle de lactar ISA sienta que no la quieren; es muy notable por la historia de su relación que existe un sentimiento de culpa ligado al haber estado ausente durante los primeros cuidados de la niña y en este sentido una sobrecompensación donde la niña cumple un papel resarcidor del narcisismo truncado de la madre, una vía para perdonarse no solo por la discapacidad de su hija, sino que también por no poder aceptarla.

Es increíble observar en el trabajo con niños en situación de discapacidad y sus madres, la clara diferencia entre el querer y el desear; las madres llegan donde la maestra o donde el especialista y le dicen quiero que mi hijo o hija sea independiente, quiero que sea capaz de ser como los demás, etc. sin embargo durante el trabajo se observan actitudes que distan mucho al niño de llegar a ese querer; por poner un ejemplo:

La madre de MARIO lo quiere independiente, quiere verlo crecer y su miedo o temor más grande, es como el de muchos padres, faltarle, ¿Qué va a pasar con él si yo no estoy?, no obstante le cuesta permitir que él se asee solo porque se deja el shampoo, no hay posibilidad ni tiempo de enseñarle porque no lo va a hacer bien y es mejor hacerlo por él; o el hecho mismo de pensar en que su hijo pueda tener una novia, una pareja. Resulta hasta cómico ver la reacción de las madres al plantear siquiera esa posibilidad, pues optan por evadir las preguntas entre risas y cuestionamientos como por ejemplo ¿Quién lo va a querer así? ¿Quién lo va a querer más que yo? ¿Quién se va a hacer cargo de él?

El caso de ISA es aún más claro al momento de ejemplificar esto, su madre, y hay que decirlo es una mujer muy dulce y presta a ayudar, es cortés, amable y trabajadora, asiste incansablemente a diversos *especialistas* para ayudarla a mejorar y sobre todo controlar sus convulsiones; ella al igual que la mayoría de las madres quiere una hija independiente, pero ¿lo desea?; ISA a lo largo del trabajo ha empezado a comer por su cuenta, como todo niño al inicio la coordinación y manipulación de la cuchara no es perfecta, pero logra introducir pequeñas cantidades de comida en su boca, la primera vez que lo hizo su madre dejó el recipiente abierto con la cuchara, lejos de la niña mientras iba a buscar una algo en su mochila, se le acercó el plato a la niña y esta buscó la cuchara e intentó alimentarse, la reacción de la madre ante esta situación fue sorpresiva, manifestó una tremenda alegría y solicitaba que se le tome una foto para que el papá de ISA pueda creerlo; a los minutos de empezada la actividad, la madre empezó ayudando a la niña sujetando su mano, y luego apropiándose ella misma de la cuchara para alimentarla, al cuestionarle por lo que ha hecho, dice: “*es que pobrecita se frustra porque no puede coger la comida y se le cae,*” se le comenta que es la manera en la que aprenden los niños y como suele hacerlo se sonríe pero no deja de alimentar a su hija; empieza a faltar por enfermedad de ella y luego de la niña, y cuando vuelve ISA ya no come sola, la madre tampoco colabora, pues trae alimentos extremadamente complicados para que

ella tome con la cuchara, yogurt líquido, granadilla, y similares, probando su idea de que ISA es incapaz de mantener la comida en la cuchara y se frustrará por no recibir alimento, hoy en día menciona la dificultad de encontrar un espacio para que ISA coma sola en casa, pues no hay mesas pequeñas ni sillas de bebé.

¿Por qué ha sido importante mencionar esta diferencia? El deseo responde al inconsciente, a aquello de lo que no podemos dar cuenta, las madres innegablemente buscan lo mejor para sus niños, se alegran verdaderamente de sus logros, no obstante es incuestionable que hay algo más allá de ellas mismas que les dificulta permitir que sus hijos dejen de ser bebés eternos. Ya se mencionó en el capítulo tres como una madre que es parte de esa cultura y recibe un hijo con discapacidad muchas veces se enfrenta a una realidad para la que no estaba preparada, su hijo es discapacitado, porque así lo ha determinado la sociedad en la que vive; por tanto cómo se puede esperar que el psiquismo de esa madre no se encuentre turbado, cómo es factible esperar que este niño ocupe su lugar de hijo idealizado y se inscriba en el deseo de la madre como falo imaginario que la complementa.

Retomando a Jerusalinsky el deseo del hijo, cuando es saboteado por la discapacidad ocasiona que los padres no puedan reconocerse en él y busquen otros caminos, el autor como se mencionó antes, nos habla de formas transitorias de delirio que buscan restituir lo que en el narcisismo de los padres fue dañado y podrían reducir al niño a su puro límite real.

En este sentido, se puede observar como a la madre de ISA la discapacidad de la niña le tocó tan fuerte que en un principio no tuvo más opción que tomar el camino de la autocompasión, ella lo menciona como un círculo vicioso de autocompasión; “la sombra del hijo deseado y perdido caerá sobre el yo de los padres abriendo el camino de la depresión melancólica.” (Jerusalinsky, 2005, pág. 97) y sumergidos en su propio sufrir y preguntándose una y otra vez ¿por qué a mí? Se encierran en la autocontemplación y el hijo es desterrado de ese circuito narcisístico. (Jerusalinsky, 2005)

En palabras de Esteban Levin “Los padres se reflejan así en su “hijodiscapacitado” conformando uno con ellos, pero es un uno completo, sin límite.” (Levin, 2003, pág. 40) el niño por tanto se transforma en el goce del Otro, en el goce de la madre, de la ciencia y de los *especialistas*, por este motivo ese cambio abrupto del que se hablaba al principio es posible; la

madre toma un camino para reconstruir su narcisismo herido en una de estas formas y el hijo queda enganchado como un eterno bebé.

En el caso de MARIO podría pensarse que tras el nacimiento de su hermano se ha resarcido el narcisismo truncado pues se si bien no se ha elaborado la discapacidad en el nacimiento del hijo deseado, si se ha resarcido el narcisismo de la madre, no obstante ese cambio del que se hablaba es también evidente y por tanto la elección de uno de los caminos propuestos en la teoría en el que el niño fue reducido al goce de la madre, tal es así que a los seis años cuando MARIO deja de enfermarse, lo hace porque la palabra del Otro, representada en la viejita que habla con la madre, ha sido tomada por la madre como verdad y por tanto transmitida al niño, y ha sido además una promesa para este niño, una promesa de bienestar que representado en este Otro le ofrece la sociedad.

La relación madre-hijo, conductas sexualizadas y estructuración

MARIO y su gusto por los bustos grandes son un ejemplo, él a través de la pulsión escópica satisface una pulsión parcial cuya fuente es oral, la zona erógena a la que responde es oral, y se relaciona estrechamente con la necesidad primordial de alimento, es importante mencionar que este *objeto* que le atrae representa no sólo lo que le fue negado, alimentarse por el seno, sino que su madre desee alimentarlo, que el otro lo desee; en este sentido MARIO quizás no es atraído por la muchacha, su objeto de deseo no es el otro, es una parte de ella, es el busto.

Sin embargo, puede haber otro camino, decir que el ideal del yo no existe, no sería apropiado, si lo sería considerar un ideal del yo que, herencia de un ideal de hijo truncado, está afectado; en otras palabras, el ideal del yo no es un ideal lleno de promesas, es un ideal reducido, significado como hijo discapacitado, del que no se espera sino un eterno bebé, pero esto es funcional en cuanto restringe un futuro y en este sentido las posibilidades del niño de una realización sexual.

Los otros hombres al igual que MARIO se fijan en el busto de las mujeres, pero hay una cultura que los atraviesa y por tanto normas que los obligan a ser discretos, han recibido una promesa de realización sexual, el sujeto con discapacidad no, a él se lo ha relegado de esta

parte de la vida humana, pues al estar su sexualidad generalmente reducida a la genitalidad, la sociedad fundada en una idea darwinista teme su reproducción.

Para Jerusalinsky en la relación madre-hijo el sujeto se inscribe en lo simbólico, en cuanto a través de ese otro que es la madre, se ve a sí mismo con necesidades y se reconoce como ser deseante, entendiendo que depende de ese otro en el que se satisface y lo erogeniza; además al entrar en sociedad se ve envuelto en ritos y convenciones que significa, otorga sentido y rigen las relaciones sociales.

MARIO anclado de por vida a su condición de niño con síndrome de Down ha quedado relegado de esos ritos y anclado a su cuerpo infantil no es capaz de encontrar una representación de la sexualidad adulta en la palabra, quedando inhibido y a la vez expuesto respecto de este ámbito de la vida humana.

El caso de ISA, es un caso interesante en cuanto ejemplifica, por qué la discapacidad intelectual muchas veces, al hablar de estructuración, es confundida o relacionada con las psicosis infantiles, su mirada perdida pero que no se asemeja a la del autismo, su angustia constante evidenciada en el sonido de sus dientes, y su desesperación por comida y falta de saciedad son, de acuerdo a la perspectiva de esta investigación, posibles muestras de ello.

Si el niño no puede ocupar la posición de falo imaginario de la madre y ser tomado como objeto de deseo puede haber consecuencias en la subjetivización del niño, en el recorrido del trabajo dentro de la institución se ha podido observar niños que ocupan una posición de muertos con una actitud totalmente pasiva, niños que por el contrario no pueden quedarse quietos un minuto, y que según la propuesta de Berges en el transativismo podrían estar mostrando su temor a morir (Bergès, 2014).

CONCLUSIONES

Aunque por lo general en la clínica el tratamiento de estas conductas se ha abordado desde la modificación o adaptación de las mismas, en esta disertación se propone su comprensión entendiéndola la sexualidad como un proceso constituyente del sujeto y no como una manifestación conductual. Este proceso implica no solamente la relación madre-hijo sino la relación madre-hijo-Otro; en este sentido se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Resulta fundamental considerar la función del discurso social sobre la discapacidad, puesto que las madres están atravesadas y son agentes de ese discurso, es el discurso el que vectoriza su relación con el niño. Es posible que el narcisismo herido de los padres por la discapacidad su hijo, los inhiba al mismo tiempo en su función de separación y de corte.

Se habló en un inicio de la evolución de la concepción de la discapacidad y un hito fundamental que afectaría ese camino, el darwinismo social por tanto, la connotación negativa que carga a costas la Discapacidad Intelectual, fundamentada sobretodo en esta idea, cohíbe al niño con limitaciones cognitivas de su sexualidad e influye de manera directa en la construcción del sujeto al posicionarlo desde el nacimiento como discapacitado y en este sentido excluyéndolo de la red de significantes que giran en torno a la sexualidad y lo constituyen, la persona con discapacidad entonces es vista como asexuada.

Por ello, sería atrevido y válido decir que *los discapacitados existen en tanto constructo social*, es decir el sujeto con discapacidad no es discapacitado porque naciera así, lo es porque ha sido significado como tal, porque la misma sociedad lo ha discapacitado en tanto ha dado pautas para definir aquello que es *normal*, de lo que no lo es.

Hay que recordar que si bien un diagnóstico, es beneficioso en muchísimos sentidos, sobretodo en el tratamiento, es un arma de doble filo, las conductas sexualizadas no son la única consecuencia de una relación turbada por una condición orgánica o mental, el niño, cualquiera sea su recorrido puede o no caer en la suerte de ser relegado a una posición que no es la de sujeto, de perder su nombre tras la condición que ha adquirido, entonces, deja de ser Mario para convertirse en Down, o en autista, o en epiléptico, y cuando se refieren a él, no se mencionan sus cualidades o gustos sin antes recalcar su enfermedad, síndrome, o discapacidad.

El diagnóstico de discapacidad intelectual tiene un efecto que incide y puede turbar la relación madre –hijo, una relación estructurante de la subjetividad y por tanto de la sexualidad. La relación se puede afectar tanto del lado de la madre como del niño siendo el papel del niño también considerado en la manera como se establece la díada. La herida narcisista de los padres y su resarcimiento tendrá incidencia notable en la constitución del yo del niño por lo que se han planteado tres caminos:

Entre los modos más graves en que esta relación se turba, el niño corre el riesgo de quedar reducido al lugar de objeto de goce del Otro, psicosis (parecería que por el momento este es la situación de ISA); Si el niño no queda fijo a un lugar de objeto, podría constituirse como sujeto deseante, pero con la posibilidad de quedar al margen, excluido o con dificultades para asumir su sexualidad dentro de las convenciones sociales de los adultos (caso de MARIO) en los casos estudiados ha sido posible identificar mecanismos de infantilización constante (eterno bebé); Si los padres son capaces de reconocer la discapacidad del niño como parte de él, pero sin identificarlo con ella, y priorizan a él como hijo y no a la discapacidad, el camino de la elaboración del duelo abre al niño la posibilidad de entrar en lo simbólico y quizás también en las convenciones relativas a la sexualidad.

Tanto el primero como el segundo camino son consecuencia del narcisismo herido de los padres y de un miedo social que entiende la sexualidad como genitalidad, y son el móvil fundamental para coartar al individuo en la asexualidad, ¿no se quiere que el *discapacitado* se reproduzca y por tanto para él está negada la experiencia sexual?

Las conductas sexualizadas son un ejemplo claro, no solo en su definición donde se las relaciona con la genitalidad, si no en su manifestación; por tanto ¿Son simplemente una muestra de una relación truncada, o un reclamo a gritos donde el *discapacitado* reclama su condición de sujeto y por ende su posición de deseante?

RECOMENDACIONES

Una condición del ser humano, una característica puede condenarlo a un futuro sin promesas; puede que resulte difícil reconocer las conductas sexualizadas como algo más que una mera conducta propia de la condición del individuo, pero esta disertación propone verlas como un llamado de este sector de la población para ser reconocidos como sujetos, como un síntoma que surge de la ausencia de un lugar en el discurso para la sexualidad de ellos. Por ello, es importante considerar la posibilidad de trabajar con los padres en una intervención temprana para acompañarlos en su camino de elaborar su herida narcisista con el fin de que puedan relacionarse con su hijo en tanto hijo, y no solo con su discapacidad.

Además por los elementos expuestos, las políticas de inclusión implementadas por el Estado, como lo son el incluir alumnos y trabajadores con discapacidad en escuelas y empresas, aunque están en pleno auge, corren el riesgo de efectivizarse de modo perverso; hoy en día se habla de inclusión como una oportunidad de reivindicar a la persona con discapacidad, pero esta resulta, en más de una ocasión, una herramienta casi de morbo en las instituciones, donde el *discapacitado* no es visto como sujeto y en su lugar se convierte en objeto de goce. Por eso sería indispensable ser cuidadosos en trabajo y atención a personas que llegan con un diagnóstico para no cruzar esa pequeña línea donde el sujeto se pierde tras su condición.

Hay tantas diferencias en el mundo, culturas, piel, costumbres, tamaños; y tantas personas que en algún momento de la historia fueron relegadas como el *discapacitado*, y que en la actualidad, tras largas luchas sociales, se han ganado un lugar y han abandonado las barreras y etiquetas sociales. Los cambios no se dan de la noche a la mañana, es cierto, pero también lo es que en la historia del mundo y de las culturas cada aporte, a lo largo del tiempo, ha hecho que paradigmas y barreras se rompan y ha dado cabida a la construcción de nuevos significantes; ¿será posible en algún momento que los sujetos con discapacidad intelectual encuentren un lugar en el discurso social donde puedan ser reconocidos también como sujetos sexuados?

BIBLIOGRAFÍA

- Ammerican Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2010). *Discapacidad intelectual Definición, Clasificación y sistemas de apoyo*. España : Alianza Editorial S.A.
- Amor Pan, J. R. (2000). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Comillas.
- Bergès, J. (Noviembre de 2014). Formas actuales del duelo en el niño. *abcdiario*(3), 6-10.
- Bergès, J., & Balbo, G. (1999). *Sobre el Transítivismo El juego de los lugares de la madre y el niño*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, S. (2009). *Inteligencia y Simbolización una perspectiva psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El Apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades. (2013). *Agenda Nacional para La Igualdad en Discapacidades 2013 - 2017*. Ecuador : CONADIS.
- Cordié, A. (2004). *Doctor, ¿por qué nuestro hijo tiene problemas?* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Darwin, C. (1871). Natural Selection as affecting Civilised Nations. En C. Darwin, *The Descent of man*. New York: Barnes&Noble,2005.
- De Dios del Valle, R., García, M., & Suárez, O. (12 de Enero de 2007). *Discapacidad intelectual y sexualidad: Conductas sexuales socialmente no aceptadas*. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social: Gráficas Eujoa, S.A. Recuperado el 05 de Abril de 2015, de Gobierno del Principado de Asturias.

- Diario el Universo. (27 de Mayo de 2016). Setedis desaparecerá en cien días, dispone el Decreto 1047. <http://www.eluniverso.com/noticias/2016/05/27/nota/5601756/setedis-desaparecera-cien-dias-dispone-decreto-1047>.
- Dolto, F. (1986). *La imagen Inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paídos.
- Dolto, F. (2004). *Seminario de psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Dor, J. (1989). *El padre y su función en psicoanálisis*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Dor, Joëll. (1989). *El padre y su función en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Duval, D. (25 de Octubre de 2011). *Child Therapy Chicago*. Recuperado el 17 de Abril de 2015, de Sexualized Behavior in Children: <http://www.childtherapychicago.com/2011/10/sexualized-behavior-in-children.html>
- Egea García, Carlos ; Sarabia Sánchez, Alicia. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. Recuperado el 17 de Abril de 2015, de http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*(003).
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo . En S. Freud, *Obras Completas Volumen XIV Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. (págs. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu .
- Freud, S. (1915). Pulsión y destinos de pulsión. En S. Freud, *Obras Completas Volumen XIV "CONTRIBUCION A LA HISTORIA DEL MOVIMIENTO PSICOANALITICO", TRABAJOS SOBRE METAPSIKOLOGIA, Y OTRAS OBRAS (1914-1916)* (págs. 106-134). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1976). *Compendio del psicoanálisis; Obras Completas; Volumen IX*. Buenos Aires: Amorrortu.

- González, J. (2003). *Discapacidad Intelectual Concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. Madrid: Editorial CCS.
- Gratadoux, E. (2009). El tercero y la terceridad en psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* , 108 - 135.
- Gutiérrez, B. (2010). *Habilidades sociosexuales en personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Pirámide.
- Ingalls, Robert P. (1989). *Retraso mental la nueva perspectiva*. México: Manual Moderno.
- Jerusalinsky, A. (1998). *Psicoanálisis del autismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Jerusalinsky, A. (2005). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil. Una clínica transdisciplinaria*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos I* (págs. 99-105). México: Siglo XXI.
- Levin, E. (2003). *Discapacidad Clínica y Educación Los niños del otro espejo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mannoni, M. (1989). *El niño retardado y su madre*. España: Paidós.
- Ramírez Ortiz, M. E. (2012). *Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje*. Serie Tri - grama.
- Rojas Hernández, M., & Soto Pére, B. (ENERO-JUNIO de 2007). EL ACCESO DE UN BEBÉ AL ESTADIO DEL ESPEJO: CONSTITUCIÓN DEL YO ESPECULAR Y TRANSITIVISMO. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, VOL. 12(NUM. 1), 203-210 .
- Salvador, L., & Rodríguez, C. (2001). *Mentes en desventaja la discapacidad intelectual*. Barcelona: OCEANO.

- Silberkasten, M. (Noviembre de 2005). *Topia, Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*. Obtenido de La Construcción Imaginara de la Discapacidad: una excusa para una articulación discursiva: <https://www.topia.com.ar/articulos/la-construcci%C3%B3n-imaginara-de-la-discapacidad-una-excusa-para-una-articulaci%C3%B3n-discursiva>
- Spitz, R. (1965). *El Primer Año de Vida. Un Estudio Psicoanalítico de Desarrollo Normal y Anormal de Relaciones de Objet*. New York: Prensa de Universidades Internacional, Inc.
- United States of America Embassy. (03 de enero de 2013). *La Ley de Estadounidenses con Discapacidades en su aplicación*. Obtenido de United States of America Embassy: <http://iipdigital.usembassy.gov/st/spanish/pamphlet/2013/01/20130103140611.html#axzz4QpUMSzq5>
- Vedugo, M., & Gutiérrez, B. (2009). *Discapacidad Intelectual Adaptación Social y Problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Vega, V., De Vedia, P., & Roitman, D. (2011). *NARCISISMO E IDENTIFICACIÓN EN LA FASE DEL ESPEJO. Una articulación entre Freud y Lacan*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Wiesner, J. (2004). Capítulo VIII Etiología de la discapacidad intelectual. En J. Wiesner, *Discapacidad y capacidad intelectual: en el fulano, el autista, el anciano, el amnésico, el disléxico, el genio-idiota, el lactante y en el paupérrimo* (págs. 101-114). Bogota: Kimpres.
- Winnicott, D. (1998). *Los bebés y sus madres*. España: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. W. (1982). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1998). *Acerca de los niños*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXO 1

Cuadros de análisis de relación entre respuesta e indicadores en las entrevistas aplicadas.

Claves

P.I.H.	R.T.	C.S.	R.N.
Pérdida del Ideal de Hijo	Relación Truncada	Conducta Sexualizada	Resarcimiento del Narcisismo
N	D	E	S
Negación	Duelo	Erogenización	Sobreprotección
N.P.	O	H.I.	N.H.
Narcisismo Primario	Sociedad	Hijo Ideal	Narcisismo Herido

Elaborado por: Daniela Ampudia 2016

Caso MARIO

Caso	Respuesta	Indicadores	
MARIO	Una tragedia, porque hasta los 6 años estuvimos en el hospital. (...) papá y su familia no aceptaban que tenía síndrome de Down.	N	P.I.H.
	Frustración por uno mismo, desconoces las implicaciones (...) nunca culpa, pero me preguntaba porque a mí.	D	
	¿Afectó en algo que no haya lactado? No afectó, yo consideraba darle el seno como una obligación, ¿y con tu otro hijo? Con él fue diferente, tal vez la edad, eres más madura, realmente se siente una conexión, me costó incluso el destete.	E	R.T.
	Cuidado absoluto en todo sentido alimentación, toda su ropa tenía que estar planchada o le daba alergia.	S	
	Cuando él ve a una chica con bubis grandes o escote quiere acercarse a ella y le dice hola y si no le hacen caso se enoja, pero si le responden uy se enamora.	N.P.	C.S.
	Claro, yo tengo que andar por la calle atenta a las chicas para poder distraerlo o taparlas para que no las vea	O	
	Ya no me sorprende nada de lo que me dicen, si no trabajó, el aprende a su ritmo.	O	R.N.
	Son dos mundos totalmente diferentes (haciendo referencia a la crianza de sus dos niños, constantemente los comparará)	H.I.	

Elaborado por: Daniela Ampudia 2016

Caso ISA

Caso	Respuesta	Indicadores	
ISA	Caóticos porque nació con varias dificultades (los primeros días de nacida)	I	P.I.H.
	Desesperación una espera que le pasen a su hija, no sabía que pasó, era una confusión.	I	
	Sentía culpa, si quizás hubiera exigido que me atiendan rápido.	D	
	Sentía rabia con quienes no me atendieron, conmigo misma.	D	
	No había un vínculo emocional, mi depresión no me hacía ver más que a mí misma.	E	R.T.
	No le decía mijita, era como alejada, no la sentía mi hija.	E	
	Lo complicado de nuestra relación los otros, siento tal vez la sorpresa de la gente, no entienden, me cuesta hacer a un lado el qué dirán y no sentir que me afecte.	S	R.N.
	La he llegado a aceptar (la discapacidad) pero si me da tristeza a veces por las convulsiones que no le dejan avanzar, la epilepsia.	N.H.	

Elaborado por: Daniela Ampudia 2016

ANEXO 2

Formato de mapeo

MAPEO



UNIDAD EDUCATIVA EMAÚS DE FE Y ALEGRÍA
AULA DE TRÁNSITO EDUCATIVO
UNIDAD DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOMOTOR

MAPEO



Mi nombre es: _____
Me gusta que me llamen: _____
Mi lugar y fecha de nacimiento es: _____
Tengo: _____
Vivo en: _____
Mis padres son: _____
Mis hermanos son: _____
Mi condición de discapacidad es: _____
Cédula de identidad: _____
Carnet de discapacidad: _____
Vivo con: _____

Fecha de realización del mapeo: _____

Antecedentes
Prenatales

Antecedentes
Perinatales

Antecedentes
Postnatales

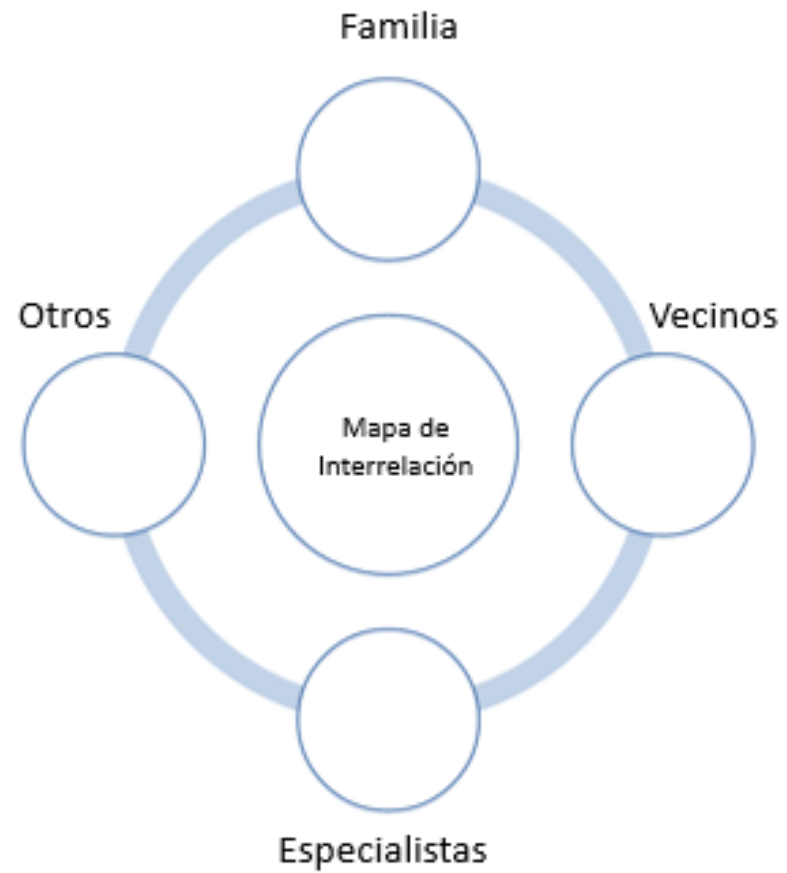
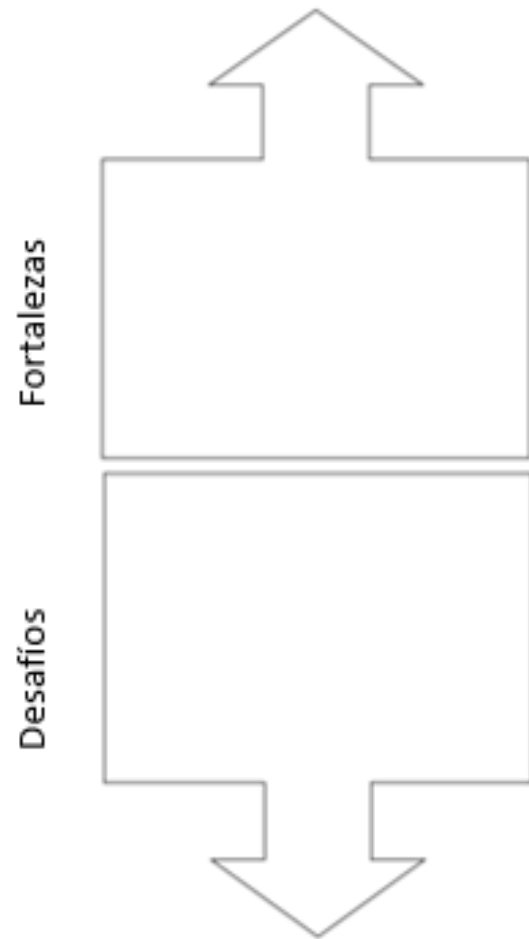
MAPEO

GUSTOS Y DESAGRADOS

Two vertical rectangular columns designed for mapping preferences. The left column is topped with a yellow smiley face emoji, and the right column is topped with a yellow frowny face emoji. Both columns have a folded bottom edge, suggesting they are part of a notebook or a set of cards.

A diagram for mapping fears. It features a large, empty thought bubble with a smaller circle connected to its bottom left. Above the bubble is the word "MIEDOS" (Fears). Below the bubble is a horizontal line, and under that line is a rectangular box. To the left of the box is the word "MIEDOS" (Fears).

MAPEO



ANEXO 3

Formato de Entrevista

NN. _____

Fecha en que se realiza la entrevista: _____

Edad de la Madre: _____

Edad del niño: _____

Sexo: M ___ F ___

"Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la relación entre Usted y su niño. Esta entrevista es totalmente anónima y confidencial, lo que quiere decir que no son necesarios datos de identificación como el nombre y que la información obtenida no será compartida sino a través de datos compilados.

1.- ¿Cómo fueron los primeros días de vida del niño?

2.- ¿Sabía usted de la discapacidad del niño antes de su nacimiento?

Si _____ No _____

3.- ¿Cómo y cuándo supo que su hijo tenía discapacidad?

4.- ¿Qué sintió al enterarse que su hijo tenía discapacidad?

5.- ¿Cómo fueron los cuidados del niño durante sus primeros años de vida?

6.- ¿Cómo define su relación (con él) actualmente? Y (en caso de que no lo mencione) ¿Qué ha sido lo más complicado y lo más agradable que se ha presentado en la relación con su hijo/a?

7.- ¿Cómo describiría a su hijo?

8.- ¿Cómo se siente actualmente con la discapacidad de su hijo?

9.- ¿Qué es lo que más aprecia de su hijo/a?

Observaciones:

Firma del

Investigador

Firma del Participante

ANEXO 4

Consentimiento Informado Institución



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Investigador: Daniela Ampudia.

Documento de Consentimiento Informado para: _____

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige al Proyecto de inclusión de Fe y Alegría en la Unidad Educativa “EMAUS”.

La presente investigación forma parte de un proceso de titulación requerido por la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para la obtención del título de Psicóloga Clínica. Esta tiene como objetivo involucrar la relación madre-hijo con la estructuración en la discapacidad intelectual, bajo el tema:

Análisis de la relación madre e hijo y su influencia en la manifestación de conductas sexualizadas en personas con discapacidad intelectual.

La discapacidad intelectual no solo debe ser considerada una problemática neuropsicológica y médica, sino que debe ser trabajada desde el ámbito social y familiar. Las familias son el núcleo de la sociedad y en este sentido tienen un papel fundamental en la constitución psíquica del sujeto. En el siguiente documento se le otorgará información acerca de la investigación y se le invitará a participar de la misma. Puede haber palabras que no entienda si ese es el caso siéntase libre de preguntar.

Se ha invitado a participar de esta investigación al proyecto de inclusión de Fe y Alegría en la Unidad Educativa “EMAUS”.

Durante la investigación las madres asistirán a una única entrevista en la cual les pediremos que nos den información acerca de: su relación con el niño, cuántos miembros conforman su familia (viven en su casa o son cercanos e influyentes en su contexto familiar), quiénes son ellos: padres, hermanos abuelos, etc.; cómo son las relaciones entre ellos: buena, mala, comunicativa, distante; que funciones cumplen los miembros en la familia:

cómo se comportan, qué actividades realizan, etc. Adicionalmente se le pedirá a la institución el acceso a la información de mapeos de los niños involucrados en la investigación. La entrevista y el acceso a los archivos, se realizarán únicamente con las madres que han firmado un consentimiento informado y están de acuerdo con la investigación.

El levantamiento de información para la investigación durará 1 mes en total. Durante ese tiempo será necesario que la madre venga al proyecto de inclusión de Fe y Alegría en la Unidad Educativa “EMAUS” se le pedirá que asista 1 sola vez a la Unidad Educativa en el mes que se recolectará la información.

La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. Si es necesario para la publicación de los resultados publicar algo de lo dicho, se lo hará bajo anonimato, y solo después de que usted haya dado su autorización.

Puede elegir participar o no en ella y nada cambiará independientemente de lo que decida. Si una vez que acepta participar desea retirarse está en su derecho de hacerlo y no será penado con ninguna sanción.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, siéntase libre de contactarme:

Daniela Ampudia
Av. Roca y Leonidas Plaza
2238928/ 0984483436 daac9206@gmail.com

PUCE
12 de Octubre - Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Psicología
Torre I - Piso 5
2991640 ext. 1640/1267

Formulario de Consentimiento

He sido invitada a participar en la investigación sobre la relación madre-hijo y su influencia en la manifestación de conductas sexualizadas de personas con discapacidad intelectual. Entiendo que se realizará una entrevista a las madres del proyecto, que han firmado previamente un consentimiento informado y están de acuerdo con la investigación, en la que se les preguntará datos acerca del contexto familiar: integrantes, relaciones, funciones, etc. Adicionalmente permitiré el acceso a la información del mapeo de los niños cuyas madres se han involucrado con la investigación. Al tratarse de una investigación con fines estrictamente académicos, no se ha establecido una remuneración económica ni para la investigadora ni para los participantes, sin embargo las personas y familias que participen tendrán acceso a los resultados de la investigación. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, teléfono, correo electrónico y dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre de Quien Autoriza: _____

Firma de Quien Autoriza: _____

Fecha (Día/mes/año): _____

Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha (Día/mes/año): _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado D.A.

ANEXO 5

Consentimiento Informado Madres de la Institución



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Investigador: _____ Daniela Ampudia _____.

Documento de Consentimiento Informado para: _____

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a familias que entre sus integrantes tienen niños con discapacidad intelectual y asisten regularmente al Proyecto de inclusión de Fe y Alegría en la Unidad Educativa “EMAUS”.

La presente investigación forma parte de un proceso de titulación requerido por la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para la obtención del título de Psicóloga Clínica. Esta tiene como objetivo involucrar la relación madre-hijo con la estructuración en la discapacidad intelectual, bajo el tema:

Análisis de la relación madre e hijo y su influencia en la manifestación de conductas sexualizadas en personas con discapacidad intelectual.

La discapacidad intelectual no solo debe ser considerada una problemática neuropsicológica y médica, sino que debe ser trabajada desde el ámbito social y familiar. Las familias son el núcleo de la sociedad y en este sentido tienen un papel fundamental en la constitución psíquica del sujeto. En el siguiente documento se le otorgará información acerca de la investigación y se le invitará a participar de la misma. Puede haber palabras que no entienda si ese es el caso siéntase libre de preguntar.

Se ha invitado a participar de esta investigación a las madres que forman parte del proyecto de inclusión de Fe y Alegría en la Unidad Educativa “EMAUS”.

Durante la investigación las madres asistirán a una única entrevista en la cual les pediremos que nos den información acerca de: su relación con el niño, cuántos miembros conforman su familia (viven en su casa o son cercanos e influyentes en su contexto familiar),

quiénes son ellos: padres, hermanos abuelos, etc.; cómo son las relaciones entre ellos: buena, mala, comunicativa, distante; que funciones cumplen los miembros en la familia: cómo se comportan, qué actividades realizan, etc. Adicionalmente se le pedirá a la institución el acceso a la información de mapeos de los niños involucrados en la investigación. La entrevista y el acceso a los archivos, se realizarán únicamente con las madres que han firmado un consentimiento informado y están de acuerdo con la investigación.

El levantamiento de información para la investigación durará 1 mes en total. Durante ese tiempo será necesario que la madre venga al proyecto de inclusión de Fe y Alegría en la Unidad Educativa “EMAUS” se le pedirá que asista 1 sola vez a la Unidad Educativa en el mes que se recolectará la información.

La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. Si es necesario para la publicación de los resultados publicar algo de lo dicho, se lo hará bajo anonimato, y solo después de que usted haya dado su autorización.

Puede elegir participar o no en ella y nada cambiará independientemente de lo que decida. Si una vez que acepta participar desea retirarse está en su derecho de hacerlo y no será penado con ninguna sanción.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, siéntase libre de contactarme:

Daniela Ampudia
Av. Roca y Leonidas Plaza
2238928/ 0984483436
daac9206@gmail.com

PUCE
12 de Octubre - Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Psicología
Torre I - Piso 5
2991640 ext. 1640/1267

Formulario de Consentimiento

He sido invitada a participar en la investigación sobre la relación madre-hijo y su influencia en la manifestación de conductas sexualizadas de personas con discapacidad intelectual. Entiendo que se realizará una entrevista a las madres del proyecto, que han firmado previamente un consentimiento informado y están de acuerdo con la investigación, en la que se les preguntará datos acerca del contexto familiar: integrantes, relaciones, funciones, etc. Adicionalmente permitiré el acceso a la información del mapeo de los niños cuyas madres se han involucrado con la investigación. Al tratarse de una investigación con fines estrictamente académicos, no se ha establecido una remuneración económica ni para la investigadora ni para los participantes, sin embargo las personas y familias que participen tendrán acceso a los resultados de la investigación. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, teléfono, correo electrónico y dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____

Fecha (Día/mes/año): _____

Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha (Día/mes/año): _____

**Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de
Consentimiento Informado D.A.**

ANEXO 6

Consentimiento Informado Madre de Caso Adolescente



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Investigador: Daniela Ampudia .

Documento de Consentimiento Informado para: _____

La presente investigación forma parte de un proceso de titulación requerido por la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para la obtención del título de Psicóloga Clínica. Esta tiene como objetivo involucrar la relación madre-hijo con la estructuración en la discapacidad intelectual, bajo el tema:

Análisis de la relación madre e hijo y su influencia en la manifestación de conductas sexualizadas en personas con discapacidad intelectual.

La discapacidad intelectual no solo debe ser considerada una problemática neuropsicológica y médica, sino que debe ser trabajada desde el ámbito social y familiar. Las familias son el núcleo de la sociedad y en este sentido tienen un papel fundamental en la constitución psíquica del sujeto. En el siguiente documento se le otorgará información acerca de la investigación y se le invitará a participar de la misma. Puede haber palabras que no entienda si ese es el caso siéntase libre de preguntar.

Durante la investigación las madres asistirán a una única entrevista en la cual les pediremos que nos den información acerca de: su relación con el niño, cuántos miembros conforman su familia (viven en su casa o son cercanos e influyentes en su contexto familiar), quiénes son ellos: padres, hermanos abuelos, etc.; cómo son las relaciones entre ellos: buena, mala, comunicativa, distante; que funciones cumplen los miembros en la familia: cómo se comportan, qué actividades realizan, etc; la entrevista se realizará únicamente con las madres que han firmado un consentimiento informado y están de acuerdo con la investigación.

El levantamiento de información para la investigación durará 1 mes en total. Durante ese tiempo será necesario que la madre venga a la entrevista. En total se le pedirá que asista 1 sola vez en el mes que se recolectará la información.

La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. Si es necesario para la publicación de los resultados publicar algo de lo dicho, se lo hará bajo anonimato, y solo después de que usted haya dado su autorización.

Puede elegir participar o no en ella y nada cambiará independientemente de lo que decida. Si una vez que acepta participar desea retirarse está en su derecho de hacerlo y no será penado con ninguna sanción.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, siéntase libre de contactarme:

Daniela Ampudia

Av. Roca y Leonidas Plaza

2238928/ 0984483436 daac9206@gmail.com

PUCE

12 de Octubre - Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Psicología

Torre I - Piso 5

2991640 ext. 1640/1267

Formulario de Consentimiento

He sido invitada a participar en la investigación sobre la relación madre-hijo y su influencia en la manifestación de conductas sexualizadas de personas con discapacidad intelectual. Entiendo que se realizará una entrevista a las madres que han firmado previamente un consentimiento informado y están de acuerdo con la investigación, en la que se les preguntará datos acerca del contexto familiar: integrantes, relaciones, funciones, etc. Al tratarse de una investigación con fines estrictamente académicos, no se ha establecido una remuneración económica ni para la investigadora ni para los participantes, sin embargo las personas y familias que participen tendrán acceso a los resultados de la investigación. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, teléfono, correo electrónico y dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre de Quien Participante: _____

Firma de Quien Participante: _____

Fecha (Día/mes/año): _____

Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha (Día/mes/año): _____

**Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de
Consentimiento Informado D.A.**