



RECIENTE

"Un día normal en Pandemia"



SOCIEDAD PSICOANALÍTICA DE MÉXICO A. C.

Los del Parque México

Investigación / Formación / Comunidad

Q Buscar

Inicio

El Psicoanálisis

Actualidad ▾

Nosotros ▾

Formación ▾

Clínica

Contacto

<https://spm.mx/psicoanalisis-y-discapacidad/>**3 NOVIEMBRE, 2011**

Autor: Adriana Aguilera

### **¿Por qué lo último en discapacidad, es en la mayoría de los casos, consultar a un psicoanalista?**

Por alguna razón a veces se presentan en el consultorio pacientes discapacitados en búsqueda de un tratamiento psicoanalítico ya sea para tratar su discapacidad o quizá por algún otro motivo de tratamiento, pero este hecho puede enfrentar al analista con una tarea en muchos casos diferente a la acostumbrada. Así, el objetivo principal de este trabajo es abordar la pregunta sobre: ¿Qué dice el psicoanálisis, y qué hace el psicoanalista, frente a la discapacidad física?

En primer lugar, es necesario definir dos conceptos principales que se usarán indistintamente a lo largo de la exposición: discapacidad y defecto. La discapacidad según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española es la cualidad de discapacitado, entendiendo discapacitado como "dicho de una persona: que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas".

Por otro lado, el defecto sugiere una deformación o malformación; se refiere a anomalías (grandes, pequeñas, reales o fantaseadas) en la constitución o funcionamiento del cuerpo. Ahora bien, el estudio de los defectos físicos y sus consecuencias psicológicas es un tema extenso que se ha tratado desde hace mucho tiempo pero que al parecer sigue estando vagamente definido. Tal vez la principal importancia del psicoanálisis al respecto recae en que proporciona un marco teórico para el estudio y entendimiento del cuerpo y de la mente. No obstante, debido a la falta de reportes de casos se ha quedado corto en su aportación clínica.

Lo anterior puede deberse a que una de las dificultades con que nos encontramos al hablar de la discapacidad es que muchas veces se dice que ésta existe de manera concreta y fácilmente identificable, que todos los defectos son aproximadamente equivalentes, que producen efectos psicológicos uniformes y predecibles y que su manejo y elaboración es muy parecida. La verdad es que existe una gran variedad de desviaciones de la norma física que ocurren en un amplio rango

de individuos que se caracterizan por diferentes potencialidades y circunstancias personales. Según Lussiere (1960, 1980) los defectos físicos deben considerarse de acuerdo a muchas dimensiones, como por ejemplo:

- Si tienen un origen congénito o uno traumático -. “Un defecto adquirido siempre tiene un componente traumático y el significado de pérdida es importante, sobre todo si el trauma ocurrió después de adquirir el lenguaje. Este elemento de pérdida está ausente cuando el defecto es congénito” (Lussier, 1980). “Los defectos adquiridos a edad temprana tienen una importancia nodal en todo el proceso del desarrollo del yo y del superyó” (Niederland, 1965), sobre todo como una experiencia organizadora. Por esto es importante el momento en que ocurrió, que fase del desarrollo interfirió y, si fue precedido por otras pérdidas significativas. “Se cree que el individuo es más vulnerable durante las últimas fases del proceso de separación – individuación, durante el periodo edípico o durante la adolescencia cuando se reeditan los conflictos edípicos” (Kyllonen, 1964) ; (Moore, 1975) ; (Dobovsky & Groban, 1975) ; (Earle, 1979). Sin embargo hay que considerar que una pérdida, es una pérdida a cualquier edad. Dado todo lo anterior, los efectos físicos tempranos, a diferencia de otros que pueden encontrar una resolución más o menos espontánea, son propensos a quedar como un área de conflicto no resuelto y frecuentemente resultan en una falsa y distorsionada imagen corporal. No obstante, incluso cuando el defecto ha sido parte de la autoimagen desde el principio (congénito) y no hay estrictamente hablando un sentido de pérdida, la comparación con otros puede ser fuente de mucho malestar y decepción.
- A qué edad se presentaron.
- Qué partes del cuerpo involucran-. Si son internos o externos. Si afectaron el sistema nervioso central, el aparato cognitivo o los sentidos (como la ceguera y sordera).
- Qué tan extensos son.
- Si implican una pérdida o la suma de alguna parte del cuerpo (trasplantes de órganos)-. Estas dos situaciones son psicológicamente diferentes. Cuando se pierde una parte del cuerpo, como resultado de un accidente o cirugía, se presenta una restricción de la imagen corporal y los problemas de adaptación son los típicos de las pérdidas, duelos y depresiones. En contraste, cuando una nueva parte, generalmente de otro ser humano, es añadida, la imagen corporal se extiende y esta nueva parte que ahora contiene el cuerpo tiene que encontrar su propio espacio, psicológicamente hablando. El trasplante por ejemplo funciona como un cuerpo extraño que tiene que ser integrado en el esquema corporal. La integración de esta nueva parte es un proceso gradual y difícil de completar, y está sujeta a una variedad de complicaciones psicológicas que pueden ser más severas que aquellas en que hay una pérdida.
- Su efecto en el estado de salud
- Si son temporales o permanentes y si son por lo menos parcialmente corregibles por intervención o cirugía médica.
- Si han requerido o requieren hospitalizaciones largas.

- Cómo han afectado el desarrollo físico o psíquico.
- Quizá lo más importante, cómo han sido tomados por los padres del paciente y/o personas significativas, ya que su actitud puede hacer que a un defecto físico se le ponga el “sello” de defecto.

En otras palabras los defectos influyen o conectan con sentimientos que la persona tiene sobre sí misma, con su sentimiento de capacidad, valía, de ser amado, y también con sentimientos de falta, insuficiencia, de sentirse especial, poder, vergüenza y enojo. A esta extensa gama de factores también se debe considerar que tienen un significado o implicación real que igualmente es muy variable lo que contribuye a la definición de discapacidad en el contexto actual.

Por lo anterior, las clasificaciones de los defectos pueden hacerse a partir de varios puntos como:

Grado de Incapacidad Funcional:

+ Menores. Son aquellos que no causan una incapacidad y puede incluso considerarse que no tienen consecuencias. Su importancia es más simbólica que real. Generalmente tienen que ver con algún aspecto personal de “belleza” y son investidos con una significancia narcisista fuera de proporción al defecto. Su significado es extensamente subjetivo. Según Niederland (1975), se hacen grandes esfuerzos por ocultarlos y gracias a estos esfuerzos y como resultado de ellos el defecto generalmente se convierte en el nido de las ansiedades de castración del paciente y da lugar a una variedad de inhibiciones neuróticas e implicaciones narcisistas a veces paradójicamente severos. A veces esta psicopatología desproporcionada es proporcionada con la percepción del defecto que el paciente tiene en su fantasía.

+ Moderados. Son aquellos que generalmente son visibles y representan mayormente una discapacidad. Aunque esta discapacidad no es extrema no puede ser ocultada. No carecen de significancia neurótica, es decir, tienen la capacidad de estimular la ansiedad de castración o inhibiciones neuróticas. Sin embargo, la persona frecuentemente pone énfasis en la limitación o discapacidad real más que en el significado simbólico del defecto. Este énfasis en la discapacidad real y en la posibilidad de mejoría a través de un gran esfuerzo, sirve para contener y defenderse contra el reconocimiento del significado simbólico del defecto. Como resultado los defectos de esta categoría muestran una capacidad especial para activar mecanismos compensatorios y estimular logros inusuales tanto en el área del defecto mismo como en el área intelectual o creativa de la persona.

+ Severos. Su efecto es devastador y de gran impacto. Pacientes quemados, pacientes que han perdido o se les han deformado las facciones o que han perdido la movilidad de sus manos, etc. Tras una prolongada hospitalización y una intervención médica compleja, deben enfrentarse a una mutilación o a una desfiguración. Se vuelven generalmente aislados, inactivos y su re-adaptación es tan difícil que algunos los llaman “muertos socialmente”. Los mecanismos compensatorios son raros en este grupo.

Cabe destacar que el pensamiento psicoanalítico acerca de los efectos de los defectos físicos se ha basado principalmente en pacientes dentro de los dos primeros grupos.

– Tipo de pacientes:

+ La discapacidad física está hipercatectizada y sirve como un perchero en el cual colocar todo un guardarropa de psicopatología. En muchos de estos pacientes, los mecanismos para enfrentar (coping mechanisms) han sido desarrollados para lidiar con el sufrimiento mental asociado. Cada ansiedad, cada conflicto interno y cada malestar interno es visto, consciente o inconscientemente,

como causa de la discapacidad. Si no fuera por la discapacidad todo estaría bien y las dificultades se extinguirían. El valor que se le da al logro de superar estos malestares lleva a un fracaso para valorar otros aspectos del sí mismo o del cuerpo y el malestar personal mantiene a la persona en busca de ayuda. En estas circunstancias el análisis propio de la patología sólo puede empezar después de que el analizando ha disminuido esos mecanismos de enfrentamiento que esconden la patología o al menos la obscurecen.

+ La discapacidad es, consciente o inconscientemente, excluída completamente de los problemas del paciente. Tienen discapacidades obvias y claras pero buscan análisis bajo motivos que, al menos al principio, no tienen nada que ver con su discapacidad. Este paciente se presenta a sí mismo como cualquier otro paciente que busca un tratamiento por motivos puramente psicológicos, nunca sugiere que sus dificultades tengan que ver con su discapacidad. A diferencia del primer grupo, la discapacidad no es conscientemente vista como el foco central de sus malestares. Por el contrario, es tratada como irrelevante. Es peligroso para el analista asumir de entrada que la actitud del paciente hacia su discapacidad es de sincera aceptación, una expresión de la esfera libre de conflictos. Frecuentemente nos encontramos con que son pacientes que no han hecho un ajuste y adaptación real razón por la cual la discapacidad ha perdido centralidad y el paciente no es tan consciente de ella, sin embargo busca análisis porque ha desarrollado dificultades psicológicas independientes. En menos palabras, son pacientes que encapsulan el síntoma, lo borran de cualquier comunicación, y no lo ven como algo propio.

+ Pacientes que desarrollan una discapacidad física en el curso del análisis pero que empezaron el tratamiento sin esa dificultad. Un problema técnico podría ser la consideración de aquellos análisis donde el objetivo del tratamiento tiene que ser modificado. Todos los tratamientos requieren flexibilidad y capacidad del analista para adaptarse a cambios inesperados, pero en algunos casos se requiere un cambio fundamental en la técnica, transición que puede ser difícil de manejar. Se debe apoyar al paciente para desarrollar los mecanismos adaptativos que puedan surgir ante su nueva realidad. La tarea del analista es apoyar los mecanismos efectivos y ayudar al paciente a modificar los que le son inefectivos de acuerdo a la organización defensiva del paciente y a su potencial.

Esta tarea del analista de reforzar los mecanismos de adaptación y enfrentamiento efectivos y ayudar a modificar los inefectivos debe realizarse en todos los casos. Por lo que a continuación se abordará más específicamente estos mecanismos que influyen en el efecto psicológico del defecto.

Yorke (1980), destacó que “mecanismos de enfrentamiento” (coping mechanisms) no es un término de connotaciones psicoanalíticas precisas pero ayuda a describir todas aquellas medidas con las cuales la gente se adapta ante una adversidad personal, a las dificultades internas y externas de la vida diaria.

Incluyen el uso de las fuerzas yoicas así como un gran número mecanismos o maniobras defensivas que, aunque algunas ya preexistentes, deberán de reacomodarse o suplementarse para reforzar el tipo de enfrentamiento. Por ejemplo están las contrafobias, mecanismos compensatorios, negación adaptativa, anulación, sublimación, como también el aislamiento, desplazamiento, formación reactiva o proyección.

Ahora bien, es importante, según Yorke (1980) diferenciar estos mecanismos defensivos de las actitudes que el paciente toma frente al defecto. Ya que incluso la actitud del paciente y/o de personas significativas tendrá mucho que ver con el tipo de mecanismos que el paciente utilice.

Otro parámetro que influencia el efecto psicológico de un defecto físico es la actitud de las figuras primarias (padres), particularmente la madre, frente a un hijo con un defecto congénito. La actitud de la madre así como de otros cuidadores, incluyendo al terapeuta, guía la actitud del paciente al ofrecerle un espejo donde pueda verse representado. En otras palabras, se ve como los demás lo ven. Lussier (1980) incluso afirma que la actitud de la madre puede ser más importante que el defecto en sí. Él plantea que el cuerpo “defectuoso”, siendo el único cuerpo que el niño siempre ha tenido es, en un sentido, su cuerpo “normal”. Lo que hace la diferencia es la actitud de la madre hacia este cuerpo. El cuerpo que uno catectiza desde el nacimiento, así como realmente es y como es percibido por el niño, y no el cuerpo que debería o podría ser, es lo que importa psicológicamente hablando. Este cuerpo así como es, es el cuerpo que la madre tiene que aceptar para garantizarle una existencia psicológica segura al niño.

Respecto a las figuras primarias también es importante notar que ante una discapacidad las identificaciones primarias se ven severamente interferidas por un defecto físico. Los suplementos narcisistas mutuos que se dan entre madre e hijo se dificultan lo cual lleva a un empobrecimiento del amor propio y la autoestima. La madre necesita de un gran grado de integridad yoica, de cohesión interna y de seguridad emocional, así como de armonía con el propio cuerpo para ser capaz de ofrecerle al niño físicamente discapacitado la representación como persona en lugar de su cuerpo defectuoso. Recordemos que el niño se relacionará con su cuerpo de la misma manera en que la madre se relaciona con él.

Por otro lado, es obvio que todos estos efectos psicológicos del defecto o de la discapacidad afectan el tipo de carácter que cada uno de estos individuos desarrollará. Se conoce que los defectos físicos están sumergidos en el conflicto o déficit (psíquico) y pueden tener componentes tanto conscientes como inconscientes. Frecuentemente son asociados a un sentimiento de defectuosidad (sense of defectiveness), es decir, sentirse a uno mismo como deficiente o deformado. Este sentimiento de defectuosidad usualmente prueba estar también profundamente envuelto en el conflicto. Por esto la persona tiende a experimentar esta defectuosidad más como un problema que el destino puso sobre ella y que debe sufrir o someterse a, y no como un problema en el que se juega un papel activo y se tiene cierto control.

En realidad, las consecuencias psíquicas de los defectos físicos son complejas y variadas: complejas en cuanto que pueden implicar cuestiones de pulsiones y del yo desde muchos niveles de desarrollo en el mismo paciente, y variadas en cuanto que la reacción puede ser muy diferente en individuos también diferentes, dependiendo, como ya se vio, de factores tales como la naturaleza del déficit, el momento en que comenzó, los atributos naturales del individuo y las reacciones parentales.

Freud en 1916 estableció una conexión entre el defecto físico y el tipo de carácter que él denominó la “excepción”, en el que una persona demanda un trato especial como recompensa por el déficit que tiene que soportar. Sin embargo, Rothstein (1977) afirmó que muchos pacientes con discapacidades físicas no desarrollan este tipo de carácter.

Así, se puede decir que existen principalmente dos respuestas diferenciables sobre la conciencia de una discapacidad física: 1) varias formas de negación masivas del defecto en la fantasía y la acción, y 2) una adhesión a las sobregratificaciones narcisistas como compensación universal que, por supuesto, dejan su marca sobre el carácter de una persona.

En cuanto a la negación, el abuso por parte del niño de ésta en la fantasía hace que la imagen del self deseada (Jacobson, 1964; Milrod, 1982), una subestructura dentro del yo con la que éste se

compara sintiendo vergüenza si falla respecto a esta imagen, se eleve generalmente a límites inalcanzables.

La percepción por parte del niño de su defecto tiene influencias profundas y duraderas en la imagen del self. La combinación de una imagen del self denigrada y una imagen del self deseada irreal, conduce a agudos sentimientos de vergüenza, contra los cuales se emplean varias defensas. La fijación al descubrimiento traumático de sus diferencias respecto a otros niños, y la negación de este descubrimiento, interfieren con la maduración normal y progresiva de sus imágenes del self deseadas hacia la realidad.

Uno podría especular con que la creación de una imagen deseada del self irreal y aparentemente inalcanzable en aquellas personas con discapacidades físicas pueden llevar o bien a un logro asombroso, si las fantasías se llevan a cabo en la realidad, o a una depresión y una vergüenza aplastantes si el individuo se queda corto respecto a este logro. Los factores que determinan qué resultado se impondrá incluyen la disponibilidad de oportunidades en la realidad, así como talentos especiales y otros factores constitucionales.

Diferente a la negación, Fernando (1997, 1998) argumenta que el apego a las sobregratificaciones narcisistas tempranas, que puede estar causado por la sobreprotección y los mimos compensatorios por parte de uno de los padres hacia un niño con discapacidad física, conduce a la negativa a abandonar la grandiosidad y omnipotencia de la infancia, lo cual interfiere con la integración normal del superyó en la personalidad y da lugar a demandas continuas de trato especial. Por otra parte, muchas otras situaciones pueden implicar el tipo de sobregratificación que conduce al denominado tipo de carácter de la excepción, tales como el halago basado en habilidades o talentos excepcionales, o la belleza física, y situaciones en las que el padre/madre teme causar frustraciones al niño por razones distintas a la de la discapacidad física de éste. La fijación a la sobregratificación narcisista en la infancia reduce la tolerancia del yo a afrontar los límites impuestos por la moralidad, esto es, el superyó, y la realidad. Esta intolerancia de los límites lleva al yo a resistirse a la integración del superyó en la personalidad, que a su vez dificulta la maduración posterior del superyó. Así, uno ve la característica clásica de las denominadas excepciones: un superyó severo cuyas demandas son evitadas mediante la externalización (proyección) de las mismas o de las partes culpables del self.

Un factor central en pacientes con defectos físicos es la herida narcisista con sus inevitables implicaciones para el autoestima. Niederland (1965) enlistó las características clásicas de un narcisista como parte de lo que nos encontramos frecuentemente en personas con discapacidades o defectos físicos. Entre ellas: una auto valoración compensatoria del sí mismo, fantasías de grandiosidad y de ser único, formas agresivas para obtener los suplementos narcisistas del mundo externo, excesiva vulnerabilidad, impedimento para relaciones objetales y para una adecuada prueba de realidad. La herida narcisista asociada con los defectos físicos tiende a ser menos abierta a una resolución espontánea que en el caso en que ésta es puramente psicológica. La distorsión de la imagen corporal y una inestabilidad en la representación del sí mismo son consecuencias notables de la herida narcisista ante la adquisición temprana de un defecto. La imagen corporal distorsionada, incompleta o frágil lleva a un desarrollo y permanencia de un sentido de sí mismo vulnerable e inestable. Existe generalmente una distribución de catexis desequilibrada, algunas partes del cuerpo son enfatizadas, otras desenfáticas. Existe una hipercatexia compensatoria en la representación del cuerpo de una zona donde confluyen la parte del cuerpo mala y defectuosa y una buena, o un desplazamiento de sobre catexis que involucra

una parte del cuerpo libre del defecto. Debido a la inestabilidad y fragilidad de la integridad del sí mismo, una gran cantidad de energía es invertida en conductas compensatorias.

Finalmente, la fantasía, bien utilizada, es vital para ligar la herida narcisista, una respuesta adaptativa y una acción de reparación. Ya que el defecto físico a veces tiene la capacidad de estimular la imaginación y en personas con potencial, promover la creatividad. Así las reacciones compensatorias se presentan tanto a nivel físico o intelectual. En los casos en que esto no ocurre se encuentra como característica común la gran necesidad de proclamar, a pesar del defecto, que el sí mismo no está afectado y que la sensación de castración no ha ocurrido nunca.

No hay razón para pensar que la posesión de un defecto físico conduzca siempre, ni siquiera generalmente, a un trastorno psicológico grave. A menudo “una combinación específica de trato especial y admiración en la infancia, cuando está equilibrada por límites más realistas –o incluso más a menudo por la privación real puede ser un terreno abonado para producir resultados extraordinarios en ciertos individuos para logros bastante extraordinarios” (Castelnuovo-Tedesco, 1981).

Algunas consideraciones terapéuticas

Cuando un niño nace con cierta discapacidad muchas veces confronta a sus progenitores con ese “amargo sabor” de lo que no pudo ser. Muchas veces este niño es puesto en el lugar del intruso que les robó a su bebé. Intruso que no posibilita la proyección de la vida sino que confronta con la muerte. Las “culpas”, los “reproches”, la “desesperación”, las “fantasías de muerte” se encuentran a la orden del día. Los padres se ven confrontados a atravesar un duelo por “lo que no pudo ser y lo que posiblemente creen que no será...”. Esto afecta al individuo con discapacidad ya sea durante su infancia o en su vida adulta.

Las personas con discapacidad que a veces consultan al psicoanalista llegan con diagnósticos, resultados, mediciones que expresan síndromes, porcentajes, coeficientes, datos contundentes que informan certeramente de la patología del niño. ¿Por qué consultan? ¿Qué buscan? Puede ser que aquello que buscan – sin saberlo aún- al consultar a un psicoanalista es otro sentido acerca de lo que les ocurre más allá de lo certero de los diagnósticos, coeficientes y mediciones. Por esto, en el dispositivo analítico se debe producir un saber no sabido que oriente la búsqueda para alcanzar este otro sentido.

Es importante desmitificar las “fórmulas” que algunos profesionales suelen sugerir a los papás de niños con discapacidad o a los adultos discapacitados. Debemos centrarnos en la idea de que cada persona es única y singular y lo que posiblemente sea útil para uno no lo sea para el otro.

En general, dentro de cada niño, adolescente y adulto con alguna limitación física, conductual o incluso una sobredotación de inteligencia, se constituye un sujeto que clama por su escucha.

La experiencia analítica nos enseña que hablar de “eso” que es angustiante, expectante, horroroso, aburrido, posibilita que lo traumático se mitigue, porque se enlaza a la palabra. El espacio analítico posibilita que del hacer en el cuerpo del niño, como objeto de la medicina, exista un decirse. Para Pernicone (2001) es fundamental saber escuchar al niño con alguna discapacidad, pues tiene la necesidad y el derecho a decir, como sujeto, su sufrimiento, y no como un mero objeto-cuerpo a ser atendido.

Por otro lado, Howard A. Bacal considera que los psicoanalistas de muy diversas escuelas se han visto forzados a adoptar el ideal de que la única respuesta legítima y útil que se puede aportar al paciente es la interpretación. En contraste propone “...que el paciente vive como terapéutico no únicamente el insight que se deriva de la interpretación (ni tan siquiera principalmente), sino que

sobre todo lo que es vivido como terapéutico es la experiencia relacional con un terapeuta que está preparado para responder en una variedad de formas que sean terapéuticamente específicas tanto para el particular sufrimiento de su paciente, como para sus esfuerzos en alcanzar sus particulares objetivos en la vida” (Bacal).

En realidad en toda relación analítica se dan una serie de interacciones reguladoras (la interpretación es sólo una de ellas) que facilitan el desarrollo del paciente: 1/ un analista que escucha con atención e interés al paciente implícitamente lo está afirmando 2/ la experiencia de impactar en el analista fortalece el self del paciente 3/ el ambiente de calma y seguridad en la relación analítica 4/ la interpretación del analista que expande el campo de la consciencia 5/ la vivencia de eficacia que tiene el paciente al poder cambiar y progresar 6/ los esfuerzos del analista en ayudar al paciente, que actúan como soporte emocional para el paciente etc.

Otro factor a tomar en cuenta en la terapia es que siguiendo a Ranieri (2000), notaremos que cuando de lo que se trata en la clínica de niños es de aquellos que portan algún tipo de discapacidad o problema de desarrollo, es habitual que sea más de un profesional quienes se ocupen de los desvalimientos que padece. Así, psicopedagogos, psicomotricistas, fonoaudiólogos, médicos, docentes y otros pueden ser parte de lo que se podría denominar un “entrecruzamiento de transferencias”, importante cuestión a dilucidar en lo que hace a la intervención de un psicoanalista en la clínica interdisciplinaria. El “lugar del psicoanálisis en una clínica interdisciplinaria”, “el lugar del psicoanalista en un equipo interdisciplinario”, suelen ser lugares de encuentro y desencuentro, lugares de obstáculos al trabajar. Por eso es que deberá existir un psicoanálisis especial para la discapacidad que adapte sus técnicas y planteamientos a las exigencias de un lenguaje particular emitido por el analizando que grita por ser atendido.

Es necesario aceptar que deberán surgir variaciones y modificaciones en la técnica aunque estas no deben conflictuarse con el objetivo último de proveer un insight al paciente para que él mismo pueda resolver sus conflictos neuróticos y haya cambios permanentes en la estructura psíquica del paciente sobre todo extendiendo las posibilidades del yo. \_

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la contratransferencia. “El defecto físico del paciente generalmente tiene una forma de estimular las ansiedades de castración del terapeuta con el resultado de que éste puede subestimar el potencial de salud del paciente y llegar a conclusiones vacías, carentes de valor y prejuiciosas”. (Plank & Horwood, 1961).

Como analistas parecemos sentirnos más cómodos con pacientes cuyos problemas son puramente psicológicos ya que cuando un defecto se presenta, pueden surgir con mayor fuerza comparaciones envidiosas y un deseo y finalidad de rescate junto con resultados mágicos.

Además, cuando se presenta un defecto físico, el terapeuta suele empezar el tratamiento con una actitud diferente; sabe desde el principio que hay condiciones que no podrán cambiar; y puede percibir las limitaciones de lo que puede lograr.

Debemos siempre recordar que la presencia de un defecto físico no es, por sí mismo, el factor importante. Es cierto que algunos pacientes con defectos físicos muestran características especiales de inaccesibilidad o fragilidad y que frecuentemente uno está lidiando con una forma de trastorno narcisista de la personalidad, sin embargo la evaluación diagnóstica y de tratamiento está basada finalmente en los mismos factores que en otros casos: funciones yoicas, las presiones del ello y la realidad, la capacidad de insight y de crecimiento, así como la vulnerabilidad a regresiones patológicas. La apreciación de estos factores nos ayudará a mantenernos en contacto con las realidades clínicas para distinguir verdaderos indicadores y contraindicaciones desde



nuestra contratransferencia y para elegir la forma de intervención que mejor convenga.

#### Conclusiones

Ante un paciente con discapacidad física nos situamos en los límites del poder de la medicina. Estamos donde la ciencia médica no tiene soluciones, sin embargo ahí donde se cree o parece que la medicina es eficaz no precisan de psicoanalistas.

Ciertas posiciones clínicas se alían a la versión del destino y la deficiencia natural como soportes de diagnóstico de la patología del discapacitado, considerándolo un ser “carente” por su “diferencia a los demás”. Como psicoanalistas debemos apostar a una posición diferente, a una producción subjetiva cuyos efectos posibilitarán la construcción, el restablecimiento o la reubicación de las relaciones con el propio cuerpo, con la psique, y con los otros.

En esta tarea es importante reconocer que el contacto con la enfermedad o el defecto corporal a veces nos lleva a una “medicalización” de nuestro pensamiento analítico. Nos vemos arrastrados a la búsqueda de una “teoría causal y lineal” que posiblemente a pesar de la demanda de los propios pacientes, nos llevará a pensamientos no muy diferidos de los de los médicos. Nuestro trabajo no consiste en la búsqueda y confirmación de esas causas, sino en brindarle al paciente la oportunidad de reconocerlas, aceptarlas, y elaborarlas así como de pensarlas y vivirlas desde un punto de vista diferente, desde su propia experiencia, no la médica.

Los psicoanalistas, al vencer las resistencias a trabajar con ciertas discapacidades físicas o cognitivas que muchos niños y adultos padecen, tenemos mucho para aportar y favorecer en el campo terapéutico y teórico en una práctica específica. Coincido con que “...en el trabajo psicoanalítico no rechazamos lo impredecible, lo azaroso, el desorden, sino que dialogamos con ello. Ni psiquismo totalmente abandonado al azar, que fuera sólo desorden, porque no constituiría organización y no accedería a la historicidad, ni tampoco al otro polo, donde todo estaría determinado, y lo nuevo no existiría en absoluto; teoría que negaría la temporalidad de la vida psíquica” (Bagnato).

#### Bibliografía

- Bagnato, J. (xxxx). Temporalidad, determinación, azar. Lo reversible y lo irreversible.
- Boschan, P. (1997). Encrucijadas teórico – clínicas en psicósomática. Buenos Aires.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1981). Psychological Consequences of Physical Defects: A Psychoanalytic Perspective. *International Review of Psycho-Analysis* 8: 145-154
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1997). The Psychological Consequences of Physical Illness or Defect and Their Relationship to the Concept of Deficit. *Psychoanalytic Study of the Child* 52: 76-88
- Fernando, J. (2001). On the connection between physical defects and the character type of the ‘exception. *Psychoanalytic Quarterly*, LXX, pp. 549-578
- Lussier, A. (1980). The Physical Handicap and the Body Ego. *International Journal of Psycho-Analysis* 61: 179-185
- Radford, P. (1973). Changing Techniques in the Analysis of a Deaf Latency Boy. *Psychoanalytic Study of the Child* 28: 225-248

- Ramirez, J. (2007).Hacia una ética de la escucha: la apuesta del psicoanálisis en la educación especial. Enseñanza e Investigación en Psicología Vol. 12, 2: 291-299.
- Riera, R. (xxxx). Reseña al libro: Optimal responsiveness: How therapists heal their patients de Howard A. Bacal (compilador). New Jersey: Jason Aronson Inc., 1998.
- Yorke, C. (1980). Some Comments on the Psychoanalytic Treatment of Patients with Physical Disabilities. International Journal of Psycho-Analysis 61: 187-193