

Marcelo Rocha

El derecho a ser y a elegir

Problemáticas subjetivas graves
y discapacidad





Marcelo D. Rocha

Es Psicólogo, Psicoanalista con estudios cursados en la Universidad Nacional de Rosario.

Es Docente de la Carrera de Especialización en Estudios Sociales de la Discapacidad (UCA, Buenos Aires. Directora: Liliana Pantano) y del posgrado de especialización en Educación inclusiva (Universidad Nacional del Comahue, Río Negro). Docente de cursos y seminarios por la Fundación Archipiélago.

Fue Docente del Seminario electivo de pre grado: "Discapacidad. Su abordaje clínico y social" (Facultad de Psicología, UNR).

Miembro fundador de Fundación "Estar Eduardo Schwank" (Deportes, arte y proyectos de vida para personas con discapacidad).

Fue distinguido con el premio TOYP a los diez jóvenes sobresalientes de la Provincia de Santa Fe (2010).

Continúa en solapa de contratapa

El proceso de construcción de la subjetividad ante una condición de discapacidad

“Nadie ha determinado, hasta ahora,
lo que un cuerpo puede.”

BARUCH SPINOZA

La construcción de la subjetividad es un proceso invisible que se realiza en cada sujeto de manera particular, dentro de un contexto sociocultural y epocal. *La subjetividad no es algo del orden de la genética ni del cerebro, pues nace del contacto único, irrepetible y singular con los otros en un contexto determinado.*

Podemos pensar –siguiendo una analogía con el reino vegetal– que la subjetividad humana es lo que para un árbol su raíz. Si lo subterráneo, aquello que se enreda en la tierra, es lo más importante para que un árbol pueda crecer, lo mismo sucede con la subjetividad humana, pues se trata de aquellos anudamientos que se originan por debajo de la piel, que ni siquiera son los mismos que se producen en las sinapsis neuronales. Se inscriben en otro orden diferente a lo real del cuerpo, es decir, en los intersticios de los vínculos con otros y en un contexto social epocal dado. La raíz o rizoma del árbol crece porque entra en relación con la tierra. De la misma forma, la subjetividad humana acontece como efecto del encuentro con otras potencias sensibles de objetos y subjetividades ajenas.

Si la subjetividad –eso que nos interesa a los profesionales del campo de la salud mental– es lo que se enraíza al cuerpo real, deberemos poner especial énfasis sobre lo que acontece en lo imaginario y lo simbólico. Es por ello que dos conceptos serán fundamentales a la hora de abordar la clínica y la práctica con sujetos con discapacidad: *la subjetividad y la imagen del cuerpo*. En tal sentido podríamos decir

que ambos conceptos se encuentran totalmente entrelazados y son fundantes de lo humano.

Siguiendo esta línea de pensamiento, llamaremos *real* a la marca del déficit, a las características y rasgos de la afección y al tipo de condición que se porte. Por otro lado denominaremos *simbólicos e imaginarios* a los efectos que la condición *real* pueda imprimir —a modo de huella o marca— en la subjetividad en construcción del sujeto.

Recordemos lo siguiente: el cuerpo se desarrolla y la subjetividad se constituye, es decir, se construye en el entramado de situaciones contextuales vinculares y epocales dadas. Decir esto nos da la pauta para comprender que la subjetividad sigue otros rumbos diferentes a lo orgánico. Mientras el cuerpo nace, crece y perece siempre hacia una evolución continua, la subjetividad se arma y se anuda. Pero también puede desarmarse, desanudarse y regresar hacia otras instancias anteriores para volver a anudarse y seguir creándose. En suma, la subjetividad no puede ser pensada en términos evolutivos sino constitutivos. La evolución presupone siempre un progreso hacia adelante, la constitución implica un proceso donde se implica el ser y su formación.

Dentro de lo constitutivo de la subjetividad, la imagen del cuerpo desempeña uno de los procesos a construir más importantes de lo humano. El niño debe poder conquistar su imagen corporal, hacer uso de ella y aprender a perderla. Cuando un niño construye su imagen corporal puede jugar, desdoblarse y proyectarse hacia el mundo exterior. Pero esta curiosa imagen se conforma de dos aspectos, por una parte vista y por otra sentida, es decir, el niño aprende a ver su imagen reflejada en un espejo, pero a su vez comienza a sentir su imagen como algo vivo, dinámico. La imagen vista es lo que conocemos a través de Lacan como la conformación del estadio del espejo, mientras que la imagen sentida es la que F. Dolto nominó como “imagen inconsciente del cuerpo”.

La imagen inconsciente del cuerpo no es otra cosa más que lo que nuestro cuerpo siente, o mejor dicho, es aquello que nos hace sentir nuestro cuerpo y nos permite tener una percepción más acabada de nuestra imagen. Es la sensación global que tenemos de sentirnos a gusto o a disgusto con nosotros mismos. El cuerpo imaginario es el que representa la integridad para un sujeto. No somos solo nuestro cuerpo de carne y hueso, somos su imagen viva y funcional, la que sentimos

de lo que hacemos; es decir, somos más la imagen imaginaria sentida de nuestro cuerpo que la imagen real vista por nosotros y por los otros. Cuando estamos a gusto con esa imagen la vida es más posible.

Ahora bien, ¿cómo se construye la subjetividad y la imagen del cuerpo en un sujeto que ha advenido al mundo con una condición discapacitante? Obviamente, de la misma forma en que acontece en cualquier persona, solo que aquí intervendrá un aspecto que no deberemos desestimar: *el impacto de lo real de la condición discapacitante y el contexto vincular del sujeto (la posición y la mirada de los otros)*.

El hecho de nacer con una condición discapacitante, o de adquirirla precozmente, no supone que la subjetividad se construya de forma "discapacitada". Lo diré a lo largo de todo este libro: *el deseo (por ende, la subjetividad) no sufre el destino de la discapacidad, es decir, puede desprenderse de sus efectos*.

Lo que sí es necesario resaltar, y lo haremos en este capítulo, es que si bien la estructuración subjetiva en estos sujetos no debe ser pensada como discapacitada, debemos reconocer que seguramente puede estar afectada e improntada por dicha condición. Por ello utilizaremos el término de "*subjetividad moldeada*" por los efectos de la condición discapacitante. Esos efectos tendrán que ver con el tipo, el grado, la forma y el momento de adquisición de la condición. Entonces, siguiendo esta línea de pensamiento, volvemos a decir que no pretendemos curar a la discapacidad pero que sí trabajaremos sobre los efectos que dicha condición haya generado en la subjetividad de la persona.

Existen muchas formas de adquirir una discapacidad y la misma puede tener diferentes tipos y grados. En primer lugar, hay que distinguir las discapacidades congénitas o adquiridas prematuramente de las que son adquiridas a lo largo de la vida. Esta primera diferenciación ayuda a entender ciertos efectos que se producen en las entradas a la discapacidad y los diferentes avatares que deben sortear estos sujetos. No es lo mismo adquirir una discapacidad en la primera infancia que al comienzo de la adolescencia o la adultez. La diferencia más concreta radica en que quien la adquiere precozmente tendrá que construir su subjetividad bajo las improntas que vaya imponiendo el déficit; es decir, tendrá que lidiar con sus efectos. Mientras que quien la haya adquirido luego de la adolescencia ya habrá transitado por la

conformación de su estructura psíquica¹², es decir, el cimiento de base se habrá sellado.

En relación a lo expuesto, debemos resaltar que la construcción de la estructura subjetiva, debe abordarse con el criterio de pensar que la discapacidad no es lo que causa a un sujeto, sino que ésta podrá dejar huellas o marcas en él, inscripciones psíquicas que serán parte integrante de su yo y que podrán o no manifestarse como formaciones de rasgos o síntoma.

Cuando un niño nace con alguna condición de discapacidad o enfermedad grave comienza una prueba para sus padres. El niño imaginado es desplazado súbitamente por el niño real que adviene al mundo. Duelo familiar inaugural, herida narcisista que deberá ser enfrentada y que quizá perdure durante varios años o, tal vez, durante toda la vida.

Ante todo nacimiento –ya sea que resulte de este un hijo con o sin discapacidad– existe en la pareja parental un tiempo previo en donde se lo sueña, se lo imagina y se proyecta una idealización. Se piensa su nombre, cómo será, a quién se parecerá; es decir, se lo aloja en un proyecto familiar.

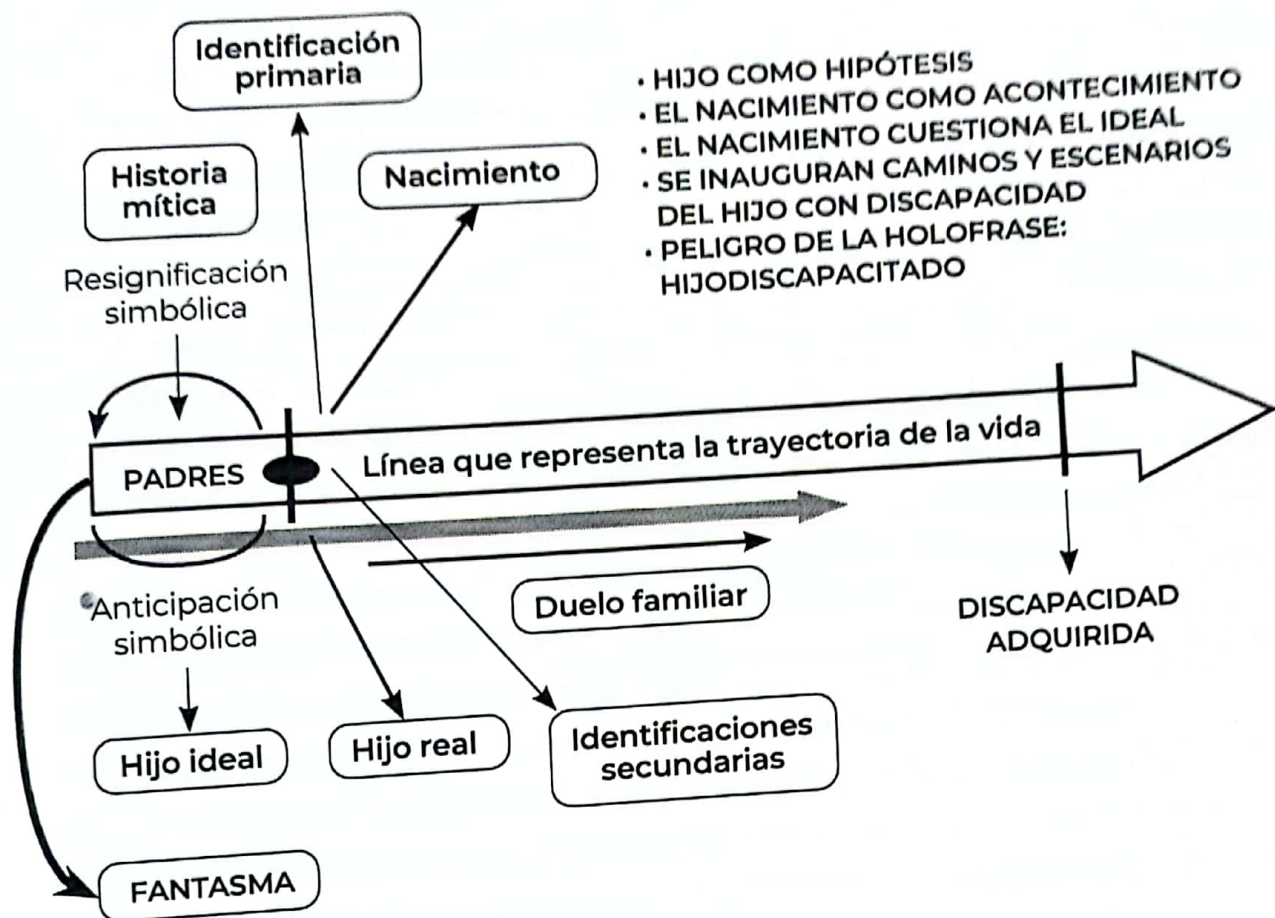
En este tiempo que llamaremos primario, el hijo es imaginado en relación a la propia historia de sus padres (proyección narcisista), y desde ese momento comienzan a ponerse en juego las futuras posiciones maternas y paternas que reconoceremos como “*la fantasmática parental*”. Lo particular es que, al momento del nacimiento, ningún hijo alcanza a cubrir estas expectativas imaginarias, pero el impacto es muchísimo más fuerte cuando aparece algún diagnóstico de discapacidad.

El hijo *ideal* que fue *imaginado* cae de una manera abrupta ante la *imagen real* del déficit. Esa será una tarea importante a sortear por parte de los padres, para que la discapacidad no comience a obturar la escena principal de los vínculos tempranos. Se inaugura, desde ese instante, un período de duelo que puede atravesarse rápidamente o perdurar toda una vida.

12. Recordemos que el pasaje por la adolescencia cierra la estructura subjetiva; es decir, allí se define el destino del sujeto: si será neurótico, psicótico u autista. Antes de ese tiempo todo se encuentra en construcción. Una de las situaciones cruciales que permea este proceso es la eclosión de la segunda oleada pulsional de la sexualidad. La primera oleada es en la infancia, donde la sexualidad es autoerótica y la segunda, en la adolescencia, donde se abre hacia la búsqueda de un objeto sexual.

Observemos algunas puntuaciones de lo que estamos explicando en el cuadro siguiente:

EL NACIMIENTO DE UN HIJO CON DISCAPACIDAD



En este cuadro podemos observar la situación del acontecimiento del nacimiento y sus posibles destinos. Al comienzo existe la construcción de un ideal, es decir, se sueña y se imagina a ese niño por venir. En ese tiempo de la historia mítica es cuando se construye al hijo como hipótesis. Pero, ante el hecho del nacimiento, lo real de la discapacidad comienza a cuestionar ese ideal, lo cual produce un momento de resignificación simbólica por parte de los padres. El momento de la resignificación simbólica es donde se da la posibilidad de la entrada al duelo, es el tiempo donde muchas veces acontece la construcción de atajos ante la imposibilidad (consciente e inconsciente) de enfrentar ese proceso doloroso.

En todo ese primer momento nos parecen sumamente importantes las fantasías (fantasmáticas) que se construyan hacia el interior de la pareja parental, porque serán estas las que necesitaremos escuchar en el espacio terapéutico. El discurso y la posición de los padres de un

niño con discapacidad siempre estarán moldeados por ese tiempo que se ha encriptado en uno o varios fantasmas. Y serán, precisamente, esas fantasías no puestas en palabras, guardadas en el silencio interior, las que nos interesará descifrar para liberarlos de un dolor necesario a ser simbolizado. La clínica nos muestra que muchas angustias fantasmáticas (dolores que se han convertido en frases silenciosas que vagan en el pensamiento de los padres) obturan el trabajo de duelo que ellos deben tener que atravesar con respecto a su hijo.

Pero comprendamos un poco más acerca del valor de la fantasmática materna y paterna. El fantasma no es más que una o varias fantasías que yacen en nuestra mente y que intentan compensar la angustia que nos produce la pérdida irremediable del estar vivos, es la ventana a través de la cual vemos al mundo y es ese lente con el que miramos la vida.

Juan David Nasio dice lo siguiente acerca de este tipo de fantasía:

“El fantasma tiene la función de sustituir una satisfacción Real imposible por una satisfacción fantaseada posible. Así, el deseo se cumple parcialmente en una fantasía que, en el corazón del inconsciente, reproduce la realidad. Por ello Freud calificó la fantasía de realidad psíquica. En otras palabras, cuando un deseo incestuoso no encuentra su objeto en la realidad concreta —e, insisto, no lo encontrará nunca—, el yo lo inventa y crea completamente en la imaginación”.¹³

Es por ello que nunca debemos dejar de lado en el análisis el lugar que un sujeto ocupa para sus otros en sus fantasmas. Haya nacido o no con discapacidad, todo hijo ocupa un lugar en las fantasías de sus padres, y esas mismas fantasías (hasta que el niño devenido adulto pueda deconstruirlas) serán las que lo acompañarán en su vida al estilo de una brújula que marcará ciertos recorridos a transitar.

Cuando solemos interrogar a los padres acerca de qué representa su hijo para ellos y nos contestan: “es todo para nosotros, es un ser de luz, es quien nos enseña a entender la vida de otra forma”, sabemos que esa frase condensa un lugar para ese niño que puede obturar la construcción de su subjetividad y su futuro proyecto de vida. Si el

13. *El placer de leer a Lacan. El fantasma*. J.-D. Nasio, Gedisa, 2008.

hijo debe cumplir la función de ser "quien ilumina la vida de sus padres", entonces, ¿cómo hará para emanciparse de ellos? Vemos, en este pequeño ejemplo, cómo una frase puede condensar y encriptar la vida de un sujeto hasta el punto del parasitismo total. En tal sentido, debemos estar atentos a todos esos enunciados, porque muchos de ellos se han construido como *caminos sustitutivos*¹⁴ ante la imposibilidad de enfrentar el duelo.

Luego del nacimiento del hijo comienzan los primeros peregrinajes de la familia, si es que el padre aún no se ha retirado de la escena¹⁵, ya que en esos momentos es común que se den muchas conflictivas o separaciones en estas parejas. Para la madre todo suele ser muy diferente, porque es quien asume los cuidados y las responsabilidades de las terapias de su hijo; y es allí, en ese terreno, donde se puede llegar a construir un tipo de vínculo parasitario, es decir, un tipo de relación que fagocite la vida del pequeño. Esto suele tener que ver con los efectos de los sentimientos inconscientes de culpa que se juegan en quien cumple la función materna.

Una de las situaciones que pueden ocurrir es que la madre encuentre en el hijo una excusa para colmar su falta en *ser* y tal situación dé origen a un *vínculo parasitario*¹⁶. Si eso sucede, madre e hijo inaugurarán un modo particular de relacionarse donde ni uno ni el otro serán si no es de a dos. Aquí tenemos la posibilidad para el armado de una estructura psicótica. En la psicosis, el fantasma se juega a partir de la manera en que el niño queda excluido (dado el vínculo parasitario) por la madre o el padre a la posibilidad de entrada en la situación

14. Haremos referencia a esta idea ya que la clínica nos muestra, en las diferentes historias de vida con las que nos encontramos, la forma en que esto acontece. Un *camino sustitutivo* al duelo siempre es un atajo para sortear la angustia que dicho proceso implica. Ante el desborde convulsionante de tensión los padres optan, consciente o inconscientemente, por tomar estos atajos que -sin saberlo- los conducen junto a su hijo hacia destinos cristalizados.

15. La herida narcisística para el padre suele ser tan grande que éste en muchos casos abandona su puesto, dejando en manos de la madre el cuidado absoluto del hijo. Esto condiciona un tipo de relación dual que no es favorable para un futuro proyecto de vida.

16. Es importante aclarar que no se trata de responsabilizar a la madre de nada, ya que estos son procesos inconscientes que desbordan la capacidad de toda lógica racional. Por otro lado, es preciso visualizar que, dada la inermidad con la que el niño llega al mundo y la necesidad de cuidados extremos, también es lógico que se genere una relación particular entre ellos. Es por ello que hablamos de los efectos de la condición en el vínculo familiar.

triangular; es decir, al pasar a ser objeto (parcial) de alguno de los delirios (en este caso de las fantasías) de la madre o el padre, el niño entra en la imposibilidad de construir su subjetividad como *sujeto de deseo*. Al no poder hacerse cargo de su propio deseo el pequeño queda remitido al goce del Otro¹⁷.

Explicemos esto más claramente. La construcción de la subjetividad se vincula, entre otras cosas, a la posibilidad de que el sujeto pueda emanciparse del deseo del Otro. Winnicott decía que el trabajo del niño consiste en pasar de la dependencia absoluta a la independencia de su figura de apego. Pero, en ciertas ocasiones, cuando un niño llega al mundo con un déficit, esa emancipación puede costarle mucho más trabajo. El hecho de nacer con algún grado de vulnerabilidad, muchas veces genera un modo de dependencia basada en una necesidad real de cuidados. Esa necesidad, inmediatamente decodificada por la madre, crea un tipo de vínculo que, si no es mediado por un tercero que corte y frene el goce inconsciente, puede transformarse en una trampa de la que ambos no podrán salir tan fácilmente.

Podemos, ahora, explorar con más precisión los dos tipos de fantasmáticas, las más comunes con las que nos encontramos en la práctica clínica: *el fantasma en la neurosis y en la psicosis*. ¿Cuál es su principal diferencia?

Según Maud Mannoni, en la neurosis el fantasma se juega en función de una mentira-engaño en la pareja parental, en la cual el niño queda atrapado. ¿Qué significa esto? Que cuando nos encontramos en el plano de la neurosis todo se juega en relación a la lucha imaginaria en la cual se debate el niño ante sus padres, es decir, que el síntoma neurótico de todo pequeño lo incluye siempre a él mismo y al Otro. De ese modo, nuestra práctica clínica debe mostrarse curiosa por conocer la historia familiar en la que el niño se encuentra inmerso y de la que, generalmente, hace síntoma. Si no escuchamos esa historia en el discurso de cada padre no podremos comprender la verdad del síntoma.

Desde su llegada a la vida, todo niño se encontrará paulatinamente envuelto en una pregunta que lo excede y a la que inconscientemente intentará dar respuesta. ¿Qué quiere el otro de mí?, se preguntará el

17. En palabras más sencillas, para quienes no conozcan el concepto de goce podríamos traducirlo así: Al no poder hacerse cargo de su propio deseo el sujeto queda pegado a la vida del otro, sin poder emanciparse de esa figura.

pequeño, y esa interpelación lo sumergirá en un debate de orden imaginario y simbólico cuya resolución muchas veces se tramitará a través de diferentes compromisos psíquicos. Aquí estamos en el plano de la neurosis, cuando nos encontramos con un niño que ha advenido al mundo con una condición discapacitante pero que, más allá de su condición, juega un papel en el fantasma de ambos padres; es decir, cuando se encuentra incluido en el deseo de estos.

Ahora introduzcamos otro elemento fundamental para comprender las diferencias entre ambos fantasmas. El niño que ocupa un lugar imaginario en el fantasma neurótico de sus padres es un niño que ha entrado en una relación triangular donde los contenidos inconscientes de estas fantasmáticas circulan. En la neurosis, el niño ingresa a una tríada donde tanto el deseo de quien ejerce la función paterna como el de quien ejerce la función materna circulan¹⁸; es decir, entra en relación el tercer elemento (llámese paterno o materno) con el niño. Lo importante en la neurosis es que el niño no queda reducido a una relación de a dos, porque la terceridad aparece.

En la psicosis, en cambio, todo acontece desde otro lugar. Allí, el fantasma se juega a partir de la manera en que el niño queda *excluido* o *parasitado* por uno u otro padre de la posibilidad de entrada en la situación triangular; es decir, pasa a ser objeto de alguno de los delirios de sus padres (objeto parcial) cayendo en la imposibilidad de constituirse como *sujeto de deseo*. Uno de los fantasmas más comunes que encontramos en la escucha analítica aparece cuando, por ejemplo, como dijimos antes, les preguntamos a los padres: ¿Qué significa su hijo para tu vida? Y nos responden: "Es todo, es un pedazo de mi carne. Cuando se aleja de mí entro en pánico, tengo terror a que le pase algo malo. No puedo desprenderme de él sin sentirme mal yo". Estas y otro tipo de frases similares muestran una fantasmática del orden *parasitario*. Madre e hijo son una sola cosa, indisociable, una relación donde el otro (el tercero) no entra. Al no aparecer la terceridad no hay corte al goce de ese vínculo y el niño queda reducido a colmar al Otro desde su propio ser.

18. Recordemos que hablamos de Función materna y Función paterna, dos lugares que pueden ser ocupados por cualquier persona que ejerza dicha función, no importa el género. Por ello, pedimos al lector que se concentre más que nada en relación a números de agentes que ocupen lugares en el mundo imaginario; en este caso, se trata de que exista la tríada, que es la que permite el corte del goce ante una posible relación parasitaria de a dos.

Veamos algunas particularidades de los fantasmas en la psicosis.

- Lo que circula en la trama vincular es siempre un fantasma mortífero.
- Solo hay mejoría en el niño si hay cambio en el discurso de los padres.
- Muchas veces los padres no quieren ser cuestionados por la cura de su hijo.
- El padre patógeno se constituye en *ideal del yo* para el niño.
- Puede aparecer el boicot de la terapia ante la mejoría del hijo.

Pues bien, ahora que hemos diferenciado estos dos tipos de fantasmáticas, avanzaremos con la comprensión de cómo sigue el proceso en la construcción de la subjetividad del niño con discapacidad.

Decíamos que los primeros momentos de la llegada al mundo del hijo con discapacidad serán muy inciertos, porque en esos tiempos se jugará la posibilidad o no de realización del duelo del hijo idealizado. Pero posiblemente el real de la discapacidad comience a generar sus efectos en la pareja parental provocando una incertidumbre que abrirá otros caminos de evasión al duelo. Una de las principales incertidumbres que acontecerán tendrá que ver con la necesidad del diagnóstico, y por ello comenzarán los peregrinajes a diferentes consultas. Los objetivos de esas primeras consultas serán en función de que alguien les diga algo, qué es lo que tiene su hijo, qué pasará con él, si tendrá o no una vida medianamente normal, si podrá hacer tal o cual cosa.

En esta instancia surgen los primeros veredictos médicos psiquiátricos, muchos de los cuales –por no ser bien enunciados o bien fundamentados– se convierten en enemigos para las posibilidades de la construcción del futuro autónomo del sujeto por advenir. Se trata de un momento donde lo que se viva y el cómo se lo signifique puede dar lugar a lo que Lacan denominó como *la holofrase*¹⁹, es decir, esa mala suerte que corre un niño cuando queda significado a su discapacidad o al diagnóstico y no a su nombre propio.

19. La holofrase aparece cuando dos significantes se pegotean; es decir, en este caso, cuando el significante de la afección o el diagnóstico se pega al nombre propio y termina significando al sujeto: en vez de ser considerado un niño *con* síndrome de Down o *con* autismo se le dice hijo-Down, hijo-TEA. El prefijo *con* o el verbo *tiene* no aparecen y el sujeto queda eclipsado por el *es*: mi hijo *es* Down, TEA, etc.

Estos veredictos son aún más fuertes en los casos de discapacidades graves, por ejemplo, en niños con patologías neurológicas como el síndrome de West, a los que generalmente se da una estimación de vida. Lo que en estos casos acontece es la dificultad de tener que convivir con un fantasma de muerte. Primero, se trata de llegar hasta ese momento; luego, cuando esa fecha pasa, todo se tiñe con un fantasma oscuro donde no hay lugar para seguir pensando a ese sujeto como alguien con posibilidades de tener un proyecto de vida. Hubo un veredicto de muerte sobre el hijo y pasado ese período, si no hay por parte de los padres una gran fortaleza yoica, es probable que ese hijo siga existiendo en ellos atravesado por esos fantasmas mortíferos. No hay significación, entonces, para un proyecto de vida, porque los únicos significantes que quedan son los de la *no existencia*.

Luego del período de las primeras consultas, donde aparecen toda clase de diagnósticos, el recorrido sigue por las instituciones hacia la búsqueda de una escuela o algún centro especializado que se adecúe a las características y necesidades del hijo. ¿Será una escuela común o una especial? ¿Será un Centro Educativo Terapéutico o un Centro de Día? Comenzarán las preguntas y las dudas: ¿cuánto podrá aprender?, ¿qué podrá hacer?, ¿será este el lugar indicado?

La búsqueda muy difícilmente terminará pronto. Generalmente habrá que tomar varias decisiones y probar en varios espacios, agravándose esto aún más cuando la situación económica social sea más desfavorable o cuando la comunidad de residencia esté alejada de las grandes ciudades, que, como ya hemos dicho, son las que mayores propuestas presentan para estas personas. Afortunadamente, en la actualidad, existen cada vez más propuestas (aunque nunca terminan de alcanzar) de diferentes tipos de instituciones que sirven para complementar el tránsito de estos jóvenes hacia la vida adulta. La situación se torna verdaderamente problemática ante el paulatino retiro del Estado.

Mientras todas estas situaciones se despliegan en el día a día, el niño seguirá construyendo su subjetividad intentando sortear los traumas, microtraumatismos y estados displacenteros que puedan sucederle por diferentes circunstancias. Pensemos lo siguiente: no es lo mismo para quien debe lidiar permanentemente con intervenciones en su cuerpo, ya sea porque debe someterse a cirugías o tratamientos rehabilitativos invasivos, que para aquellos cuyas experiencias infantiles tengan menos costos de este tipo. Recordemos que en la

infancia se conforma una de las principales herramientas que hacen a la forma en que el niño aprehenderá el mundo y servirá para construir el principal andamiaje del *yo*. Nos referimos a la imagen del cuerpo, ese sustrato invisible que fusiona lo más importante del ser. En tal sentido, no corre el mismo destino el armado de la imagen del cuerpo de acuerdo a las situaciones traumáticas que lleguen a ser enfrentadas.

Freud sostenía que el *yo* es, ante todo, un *yo* corporal; es decir, que se construye como una prolongación de un cuerpo abierto hacia el mundo. En tal sentido, nos permitimos pensar a las condiciones discapacitantes en función del efecto que estas pueden producir en el armado de esa imagen tan importante. Aquí Winnicott nos dará una respuesta. Él decía que un pequeño que tiene una discapacidad puede devenir un niño sano con un *self* (*yo*) no deformado si tiene plena seguridad de ser amado tal como es. Como puede apreciarse, el destino de un sujeto no está marcado por la discapacidad en sí, sino por el tipo de amor que se ponga en juego hacia él en la trama vincular, que puede ser: excesivo, parasitario, justo, escaso o nulo.

La construcción de la imagen corporal, la conquista de lo simbólico del lenguaje, el tránsito del apego hacia el total desapego materno, la edificación del narcisismo, el atravesamiento por el complejo de Edipo y los procesos identificatorios secundarios (amistades y relaciones con otros externos a la familia) serán —entre otras cosas— los principales procesos que otorgarán valor agregado al armado de la subjetividad del sujeto con discapacidad; es decir, será aquello que lo impulsará a construir su lugar en la cultura.

La subjetividad se construye con el plus que el estado de discapacidad agrega. Cuanta mayor complejidad presente el déficit, mayores dificultades tendrá el sujeto para elaborar y afrontar las etapas constitutivas referentes al armado del *yo*. Las detenciones en las etapas edípicas, producto del excesivo amor con el que son tratados estos niños, producen dificultades a futuro que se expresan en las identificaciones lábiles típicas de la etapa adolescente. Eso sucede por la dificultad que muestran para desprenderse del vínculo con su familia. Al no producirse identificaciones significativas, el material con el que cuentan a futuro estos jóvenes para construir sus gustos e intereses vocacionales es extremadamente escaso.

Otra de las cuestiones a tener en cuenta en torno a la estructuración subjetiva tiene que ver con los procesos de displacer y dolor que

puedan acontecer como efecto de la condición discapacitante. Nos preguntamos si existe un proceso de duelo en el niño que advino al mundo con una dificultad. Rápidamente responderemos que no. En los casos de discapacidades congénitas y prematuras, la pérdida no se reconoce de forma súbita como en las discapacidades adquiridas, sino de manera gradual. A través de las relaciones que el niño va a ir estableciendo con los otros, irá constatando que de algo carece, que aquello que no está nunca fue propio. Se instaura, de esa forma, la construcción de una operatoria especular, en la que —debido a la graduación en la que se va dando este proceso— de alguna manera se amortigua el gran peso desestructurante y significativo que tiene para alguien la pérdida repentina de un objeto.

Por lo expuesto, no existe duelo en el niño de su condición, porque no se reconoce una falta, una pérdida. Pero esto no significa que éste no pueda caer en tal estado afectivo si el golpe de las situaciones displacenteras vividas se hace muy grande. Nos anoticiamos de muchas historias de niñas y niños que deben sortear permanentemente exclusiones, angustias y el obstáculo de barreras arquitectónicas e imaginarias. Tal exposición permanente puede provocar la caída a un estado de duelo, o peor aún, de melancolía.

La discapacidad puede irrumpir antes, después o durante el transcurso de la construcción del proyecto de vida de un sujeto, y el impacto, en ese sentido, será muy diferente. Tomaremos, entonces, al duelo como parte integrante en el armado de la estructura psíquica de los sujetos en cuestión. En algunos casos se tratará de un duelo lento e invisible y, en otros, de algo determinante que marcará e imprimirá diferentes efectos. En las discapacidades congénitas o prematuras, el duelo lo tendrán que realizar primordialmente los padres. De acuerdo a cómo éstos lo tramiten, se construirá la fantasmática que acompañará al niño en los tiempos más importantes de la vida: la infancia y la adolescencia.