



Pensando la infancia: La constitución psíquica y las fallas en el vínculo materno.

Autor: Fátima Vera.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.
Facultad de Psicología.

Trabajo final de grado.

Tutor: Erika Capnikas.

Revisor: Susana Martínez.

Montevideo, Uruguay.

Diciembre, 2023.

ÍNDICE.

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
DESARROLLO TEÓRICO.....	5
La constitución psíquica.....	5
Las funciones parentales: Vínculo materno/vínculo paterno.....	7
La diada madre/bebé.....	10
El bebé.....	10
La madre.....	14
Las fallas de la diada.....	16
PATOLOGIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN.....	26
REFLEXIONES FINALES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32

RESUMEN:

El objetivo de esta monografía es presentar la teoría acerca de los aspectos constitutivos de la psiquis humana y sus posibles fallas en el ámbito de la clínica infantil.

Analizaremos los aspectos conceptualizados como normales y patológicos que abrazan dicha temática generando diferentes visualizaciones teóricas.

Primero, abordando los vínculos tempranos como puntos clave en el desarrollo de la estructura psíquica, en donde el recién nacido se encuentra en un estado absoluto de dependencia, y es solo desde allí que comienza a constituirse su propio psiquismo.

Por otro lado, trabajaremos a la madre como vínculo fundamental para posibilitar dicha estructuración; considerándola externa al bebé y con un psiquismo propio en donde también se producen movimientos psíquicos.

Desde aquí es que se intentará mostrar posibles fallas en el vínculo temprano y en consecuencia, también en la estructuración del psiquismo del niño.

Como punto final trataremos la patologización de la vida, así como la medicalización en la infancia teniendo en cuenta la importancia que tienen aquí la economía mundial y la sociedad como creadora y fortalecedora de ciertos constructos sociales referidos a lo “normal” y lo “patológico”.

Palabras clave: clínica infantil, constitución psíquica, fallas.

INTRODUCCIÓN:

La presente monografía se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. La inclinación por el abordaje de esta temática parte del interés personal por la investigación de temas psicopatológicos, significada por la posterior intención de trabajar profesionalmente en este campo de la psicología. Este trabajo se vería enmarcado en la teoría psicoanalítica orientada a los adolescentes y adultos. Un campo amplio y con diversos desafíos, que nos invita a pensarnos y repensarnos en un vaivén constante entre la teoría y la práctica. Pero para ello era decisivo entender cuáles son las bases que constituyen los pilares del ser humano, cómo comienza a funcionar nuestro psiquismo y cuáles son las posibles fallas que en ella pueden establecerse.

Teniendo en consideración esta importancia del desarrollo de la infancia en la vida del ser humano, es crucial entender que comienza con la vida uterina y que todas las interacciones con el entorno, es decir, con un otro que proporciona estímulos, por ejemplo, a nivel sensorial (la voz, la mirada, el tacto), tendrán una repercusión directa que atravesará toda la vida del sujeto.

Así que establecemos el presente trabajo desde una mirada crítica hacia la teoría de la clínica infantil, que si bien sólo se centrará en algunos puntos clave de la misma, pretendemos dar cuenta del valor que tiene para la vida de los seres humanos. El conocer cómo funciona y se moviliza el aparato psíquico en los primeros meses y años de vida podría facilitar el análisis y posterior cambio de las formas de crianza, así como la mirada diferente hacia la forma en la que nos vinculamos con los infante; como profesionales de la salud y como adultos que influyen en la vida de estos sujetos. Pretendiendo como resultado una prevención de las posibles fallas tempranas en la estructuración psíquica y/o posibles trastornos en el campo de la salud mental.

Como apoyo teórico nos centraremos principalmente en los aportes de Bleichmar, Winnicott, Aulagnier y Green.

Se abordará en un primer apartado los vínculos parentales, con su correspondiente apoyo en la concepción de funciones parentales de la autora Ponce de León. Esto nos servirá como punto de apoyo para entender las modalidades vinculares que se pueden gestar entre el niño y los adultos y cómo pueden repercutir en la vida del infante.

Continuamos con el vínculo mamá/bebé, pasando por el establecimiento primario del psiquismo del niño y la importancia de la interacción con el otro como fundante de la construcción psíquica.

Por otra parte, será presentada la madre como vínculo principal y determinante, donde se abordará teoría respecto al concepto de Preocupación maternal primaria de Winnicott, así como la función de ligazón planteada por Bleichmar.

Continuamos mostrando las posibles fallas en la constitución psíquica y sus consecuencias psicopatológicas, como por ejemplo el sufrimiento en la infancia, portadora de manifestaciones como la depresión infantil y el trauma emocional.

Como último apartado abordaremos la patologización y la medicalización de la infancia y de la vida, en donde esbozaremos en un breve resumen lo que ocurre en la actualidad con lo normal y lo patológico en la clínica psiquiátrica y psicológica y también nos interrogamos cómo confluye lo presente de las patologías mentales con el negocio comercial de los medicamentos que han sostenido a lo largo del tiempo esta patologización.

DESARROLLO TEÓRICO:

El ser humano ha sido estudiado y trabajado a lo largo de la historia mostrándose desde siempre como un gran misterio. Un enigma que muchos insistieron en indagar, buscando respuestas a un sin fin de preguntas complejas.

Una de ellas sin dudas es la mente humana, cómo ella se constituye y bajo qué estructuras se sostiene. Se abordarán los procesos de constitución psíquica y sus posibles fallas.

La constitución psíquica:

Como primer punto a tener en cuenta: el aparato psíquico no está del todo constituido; no viene con nosotros en nuestro nacimiento; sólo se logra en una historia vincular; o como plantea Bleichmar (2002) “como un producto de cultura fundado en el interior de la relación sexualizante con el semejante”. Por eso, es que en este marco el otro es fundamental, considerando que el niño nace además en un estado de dependencia total hacia su entorno.

Winnicott en algunos de sus escritos plantea una paradoja respecto al bebé y dicha dependencia: el infante desconoce su dependencia, es por eso que en los momentos de satisfacción cree en su omnipotencia, “yo soy el pecho”, consolidando así un estado unitario mamá/bebé; lo que dará lugar a la fundación del narcisismo primario; algo así como si el pecho y el bebé fueran una unidad, una fusión. En palabras de Aulagnier (1975) “en el momento en que la boca encuentra el pecho, encuentra y traga un primer sorbo del mundo” (p. 38).

En esta etapa temprana del desarrollo la palabra clave según Winnicott es integración, ya que “la integración conduce al bebe al estado de unidad, al pronombre personal “yo”, al número uno; esto hace posible el yo soy, que confiere sentido al yo hago” (Winnicott, 1967).

Otra palabra clave es intersubjetividad. El bebé se va a desarrollar con un otro, en el vínculo con él y su entorno, esto es lo que dará lugar a la constitución de su psiquismo.

Tomaremos la concepción de intersubjetividad de Kaes (2007), quien sostiene que la intersubjetividad tiene que ver con dos o más sujetos que en un espacio común se constituyen como sujetos: “la cuestión de la intersubjetividad consiste en reconocer y articular dos espacios psíquicos parcialmente heterogéneos dotados cada uno de lógicas propias” (Kaes, 2007, en Ponce de León, 2017). Eso nos indicará que la subjetividad y la intersubjetividad se verían ligadas íntimamente, constituyendo una realidad psíquica pero con una lógica propia que también interrelaciona.

Este último punto nos lleva entonces a la recapitulación de los aportes de Freud, quien va a plantear su teoría de las series complementarias. Fue utilizada en un primer momento por el autor para explicar la etiología de la neurosis y poder alejarse de elegir entre factores exógenos o endógenos.

Estos factores son, en realidad, complementarios, pudiendo cada uno de ellos ser tanto más débil cuando más fuerte es el otro, de tal forma que el conjunto de los casos puede ser ordenado dentro de una escala en la que los dos tipos de factores varían en sentido inverso; sólo en los dos extremos de la serie se encontraría un solo factor. (Laplanche, 1996, p.400)

Las mismas forman un conglomerado de causalidades en relación al desarrollo en salud y de la patología.

Dicho autor plantea tres series que actúan relacionadas, una dependiendo de la otra. Ellas son: los factores hereditarios y congénitos, las experiencias infantiles y los factores desencadenantes.

Las dos primeras serían lo que conocemos como la disposición que tiene el sujeto, que desde la interacción con otros factores de las series complementarias pueden desplegarse. Mientras que la segunda dependerá de la época del niño en donde se estructura su psiquismo y

se constituye su personalidad. Aquí ya vemos como el entorno del niño con sus múltiples factores harán la diferencia en el desarrollo del psiquismo.

Entonces, el bebe nace con una ideología determinada que ya pone en marcha el desarrollo, pero

(...) necesita de un adulto mejor dotado para la aceptación que se haga cargo de la conservación de su cuerpo y a través de la interacción inherente se activaran diversos centros funcionales innatos que irán configurando los diversos sistemas motivacionales, es decir, las estructuras que gobernarán la afectividad, la cognición y la acción. (Ramirez, 2010, p. 229)

Las funciones parentales: vínculo materno/vínculo paterno

Como planteamos en el apartado anterior, el niño y su psiquismo se van desarrollando desde la relación que logra establecer con el medio y con los otros, principalmente con la madre, con quien logra ciertas estructuras intrapsíquicas que harán que el niño internalice dicho vínculo. Esto es lo denominado Teorías de las Relaciones Objetales. La misma hace alusión en primera instancia a una necesidad de objetos. Entonces nos veríamos frente a una relación de objeto; que tiene que ver con un vínculo interrelacionado, es decir, que parte y se establece en un ida y vuelta, en donde el sujeto no solo constituye sus objetos (por ej. el objeto de amor) sino que éstos moldean su actividad.

Las Teorías de las Relaciones Objetales según Ramirez (2010) tiene que ver con

(...) el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de las relaciones interpersonales y de las estructuras intrapsíquicas que derivan de las relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes. (p. 223)

A su vez, tendrá íntima relación con la función diferenciadora parental propuesta por Ponce de Leon (2017), quien la presentara como una condición estructurante que surge de la asimetría que existe entre las generaciones.

“La función diferenciadora, así entendida, se relaciona con la función de corte y con lo simbólico, pero tiene un sentido más amplio que la función de corte, en el sentido que va dejando inscripciones preparatorias de efectos de corte” (Ponce de Leon, 2017). Esto quiere decir que función de corte y función diferenciadora estarán relacionadas. Donde la primera tendrá que ver con la prohibición y la ruptura de la fusión y la segunda contendrá versiones de las diferencias que construyen la intersubjetividad.

A su vez, existe conexión con las funciones parentales. Las mismas tienen que ver con, primero que nada, la parentalidad. Un trabajo de transformación psíquica, primero singular y luego interrelacionado que van “(...) desde el deseo de hijo, el advenimiento del hijo como otro diferente y el tránsito del niño de la dependencia absoluta a la independencia” (Ponce de Leon, 2017).

Paralelamente tiene que ver con la separación de las categorías de lo femenino y lo masculino que dan lugar a la función materna y la función paterna. Se separa sobre todo de las tradiciones culturales e históricas ligadas al rol de género de cada época y modelo familiar.

Entonces, las funciones parentales son “(...) la apropiación subjetiva de rasgos que provienen de distintas fuentes: el cuerpo sexuado y erógeno, la historia identificatoria personal, la bisexualidad psíquica, los modelos de género provenientes de la cultura y la herencia familiar y transgeneraciones” (Ponce de Leon, 2017).

Desde aquí entendemos que lo parental entonces será encargado de diferentes formas por cada sujeto, a través de distintas funciones. Algunas propuestas puramente por la biología, como por ejemplo la lactancia propia de la función materna, y otras apoyadas por la época y la cultura, como por ejemplo la función de corte o separación, pensada desde la función paterna, así como la introducción del orden simbólico.

Guerra (2015) propondrá que los vínculos parentales van conformando junto al bebé un ritmo, una de las funciones más importantes, fundante para la subjetivación, que tendrá como instrumento principal la comunicación y el lenguaje corporal. El cuerpo aquí tiene un rol decisivo en esta etapa de la vida. Los gestos, las expresiones, la voz y su entonación y también el ritmo. Todas ellas harán que se empiece a simbolizar la presencia, que a su vez va posibilitando la ausencia y el acceso a la representación del objeto amado en conjunto con la palabra.

El ritmo es el organizador de la angustia del bebé y es el adulto quien puede apelar a dos tipos de ritmos: el ritmo básico o el ritmo interactivo.

El ritmo básico apuntaría a una experiencia cercana a la fusión porque mantiene su regularidad, con pocas modificaciones y rupturas, y es el que utiliza la madre en el

momento del dormir del bebé. Y el ritmo interactivo, por el contrario, se caracteriza por un juego de continuidad-discontinuidad, ya que introduce variaciones en el ritmo y apunta a que el bebé esté alerta, atento y coparticipando de su entorno (Guerra, 2015, p. 136)

Es también Guerra (2017) quien presenta su observación dentro del marco del trabajo con niños pequeños: en el proceso de subjetivación que recorre el niño, el autor ha apreciado como el trabajo abierto a una dinámica intersubjetiva y la presencia del otro tienen consecuencias importantes en dicho proceso. Es lo que “Roussillon (2010) llama metapsicología de la presencia” (Roussillon, 2010, en Guerra, 2017).

Esto nos plantea la interrogante sobre las modalidades de presencia, sobre aquellos cambios que podrían darse en la parentalidad y en los vínculos que rodean al infante, ya que todos ellos podrían cambiar la estructuración psíquica del niño. Cada factor es importante si hablamos de infancia, analizar la construcción de subjetividad en la actualidad también se vuelve fundamental como parte de este proceso de interrogantes; llevándonos así al acercamiento de lo que él denomina como “epidemia de niños grave”. Para ello es clave tener presente la cultura y la modernidad como factores significativos; y que la construcción de subjetividad que se da específicamente en esta etapa de la historia y que mueve los hilos de la salud mental infantil toma como anclaje la intersubjetividad.

En esta concepción de emergencia de niños grave, concluye que existen a raíz del “culto por la urgencia” (Aubert, 2003, en Guerra, 2017) consecuencias en la construcción de la presencia-ausencia, ya que ésta debe articularse con los tiempos muertos o vacíos, en una sociedad donde la aceleración es parte fundamental de la cotidianidad, pero que exige a los padres ser rápidos y efectivos en la estimulación del niño en donde este último pierde el ritmo cronológico interno.

El bebé deberá ser autónomo precozmente y dar muestras de un desarrollo óptimo de sus potencialidades. Especialmente cognitivas. De esta manera, los padres se sienten presionados a conectarse con una imagen de su bebé autónomo, y de esa manera se evitan situaciones de dependencia. Conformándose así una “sensibilidad precoz” (p. 26, Guerra, 2017).

Es también a partir de una modernidad acelerada que muchos niños se ven expuestos a un cuidado con múltiples adultos, como suelen ser los padres, abuelos, empleados, educadores, o niñeras. Siendo así mismo comprometido a una discontinuidad en los vínculos en donde cada adulto establece un lenguaje corporal acorde a sí mismo y a su vínculo con el bebé. Pero es este último quien "(...) se ve expuesto precozmente a un "poliglotesmo de lenguaje corporal", cuando aún no pudo crear su propia lengua" (Guerra, 2017).

La díada madre/bebé:

El bebé.

En un extremo de esta díada nos encontramos con el bebé, sujeto que como hemos mencionado anteriormente en esta monografía, es un sujeto dotado de información genética hereditaria; por lo tanto partimos con una base, al nacer no nos encontramos con un receptáculo vacío, sino que funcionará ya desde algunos lineamientos que pueden interrelacionarse con otros factores como por ejemplo el medio vincular con el que se está desarrollando. Esta información es lo que denominamos, desde la teoría de las series complementarias, la disposición del sujeto.

Aún así, sabemos que existe gran relevancia en el sistema mamá/bebé que se ve abarcado por los cuidados corporales y la atención total a estas necesidades básicas para la supervivencia del infante, luego se darán interacciones del tipo desaparecer/aparecer, dando lugar a la simbolización de un objeto de amor que permanece.

Es la mirada, la que sostiene este juego que mencionamos de desaparecer/aparecer, en donde se establece el despliegue de la temporalidad, los ritmos, y por supuesto, la presencia de un otro en escena.

Además, cuando estos cuidados e interacciones se dan con una cierta repetición y frecuencia logran organizar los tiempos del bebé, desarrollando su capacidad de pensar ya que logra regular la mirada, generando además un intercambio sensorial y afectivo, dando paso al juego.

Marcelli (citado por Ulriksen de Viñar 2005) plantea que:

No es sólo la ausencia la que permite "pensar", sino la sucesión regular de la ausencia y de la presencia que permite al lactante creer en que lo que ha experimentado va a volver.

Los movimientos anticipatorios del bebé solicitan la respuesta de la madre, suponen que

su llamado va a ser respondido. La previsibilidad, o la confianza, son factores esenciales en la organización del pensamiento. (...) La capacidad de anticipación de la madre, que deja un lugar vacío, de espera y de confianza en que el niño va a responder desde un lugar singular y único, expresándose como otro, como un ser diferente, constituye uno de los pilares del advenimiento del sujeto. (p. 8)

Entonces el niño llama a su madre, la solicita a través del llanto o el grito, lo que estimula el balbuceo, también habilitando a su progresiva independencia. El bebé comienza a descubrir su entorno, intenta gatear, y la rueda empieza a girar en son de un nuevo psiquismo en construcción.

Es además, teniendo en cuenta a Ulriksen (2005) que a partir de los seis meses de vida del bebé se complejizan estas conductas del pensar gracias a la importancia que cobra el “estadio del espejo”, en donde el niño encuentra en la madre (en su cuerpo, en su voz, en su mirada) una imagen que le permite reconocerse

Cuando se mira en el espejo y mueve sus brazos (...), vuelve la mirada hacia su madre, tomándola como referencia que confirme la imagen que él ve en el espejo. Solicita la aptitud de su madre para hacer presente a ese otro, que lo reconoce. (p. 9-10)

Es el establecimiento de la capacidad del niño de retener la imagen de su madre en su pensamiento aunque ella se encuentre ausente, el que permitirá que se funde una conducta de apego. Es Bowlby (1989) quien describe que

Esta capacidad se desarrolla durante los segundos seis meses de vida. (...). Durante estos meses adquiere la capacidad de representación, y su modelo operante de la madre se vuelve accesible para él, con el fin de establecer comparaciones durante su ausencia y reconocerla cuando regresa. Como complemento a su modelo de la madre, desarrolla un modelo operante de sí mismo en interacción con ella, y lo mismo hace con su padre. (p. 145)

Desde este lugar vemos lo imprescindible del desarrollo de la constancia del objeto libidinal. Que no radica solamente en integrar los aspectos amorosos y afectivos de la madre con los hostiles y displacenteros, sino que también el niño tiene la seguridad de que su relación afectiva con ese objeto de amor se mantendrá a pesar de breves separaciones o de sentimientos que serán temporales como el enojo.

Por otra parte, tendríamos que tener en cuenta que los recorridos del placer-displacer los delimita este entrecruzamiento de la necesidad absoluta del recién nacido y los cuidados del vínculo de apego: “el amor materno es vivido como fusión con el otro, y el rechazo materno, como un rechazo a sí mismo” (Janin, 2011).

Lo que nos lleva, como efecto dominó, a pensar en que de ser ésto así, la única forma de ser en esta parte de la vida es siendo amado, siendo con el otro; que lo ve y lo acoge en tanto es objeto de amor.

El Otro, que no es solamente el otro tangible. El Otro que está construido por todos los otros, que simbólicamente permiten reconocer la individualidad construida especularmente. El Otro que devuelve la propia integridad. Ese Otro devuelve especularmente la posibilidad de reconocerse como una unidad, pero sólo se lo puede mirar completo cuando el espejo de vidrio nos reproduce la imagen corporal, incluido el rostro. El Otro, tal cual el espejo, también devuelve la imagen de completud, que uno solo nunca alcanza. (Fernández, 1987, p. 77)

Rodríguez Fabra (2009) recordando la teoría de Aulagnier (1975) nos va a explicitar que la actividad de representación se inicia ya con el nacimiento, y que, como en una suerte de trabajo de metabolización de las experiencias el infante incorpora los elementos externos modificándolos posteriormente en un proceso que se realiza a través de una catectización de “preservar o reencontrar una experiencia de placer” (Aulagnier, 1975). Entonces el psiquismo construido con el otro a partir de la violencia primaria (concepto acuñado por Aulagnier que representa el deseo materno) es fundante del aparato psíquico del niño, en tanto la madre es capaz de enlazarlo con el psiquismo propio mientras decodifica las necesidades del infante, favoreciendo la construcción de la demanda en el niño. O como lo plantea Pereña (2010), la metáfora del amor, en donde se anuda la experiencia del infante con la palabra, y a través de

ésta, el vínculo con la madre será una experiencia de amor; y que es a consecuencia de demandar amor que somos capaces de amar; y es a su vez a partir de la pérdida (de la desaparición física de la mamá para el bebé) que el cachorro logra demandar amor y posteriormente amar.

Demandar amor es tener capacidad para amar, no hay capacidad para amar si no hay demanda de amor. Y si no hay duelo, no hay pérdida, si no se demanda amor y no hay duelo ni capacidad de pérdida no hay capacidad de amar (Pereña, 2010, p. 264).

Es por esto que “la metáfora como herramienta psíquica es de gran importancia en la construcción de subjetividad. Sin la metáfora se está en manos de lo absoluto, lo que dificulta de manera radical la capacidad de duelo y de inscripción de la pérdida” (Pereña, 2010, p. 263), lo que representaría lo antes mencionado: es importante el agente externo que imprime sus huellas en el niño, mientras que él por su parte sintetiza la información, transformando lo exógeno en endógeno. “No hay amor ni saber que no esté basado en la metaforización, es decir, en el desplazamiento” (Pereña, 2010).

La importancia de lo que el otro le devuelve al niño en términos generales es fundamental como parte del desarrollo del niño, ya que este quedará atrapado en parte en el “ser” que ellos proponen. Desde aquí pueden surgir infinidad de carteles: “el bueno”, “el malo”, “el rebelde”, “el antisocial”, etc. Que luego podrían disponerse en el ámbito de la psiquiatría y la clínica psicoanalítica para entender el funcionamiento actual del infante.

En términos puramente de “lo esperado”, y desde el punto de vista del desarrollo, Winnicott plantea que pueden visualizarse desde diferentes aspectos, como por ejemplo: “salud significa una madurez acorde con la que corresponde a la edad del individuo”. Lo que depende de una manera compleja “de una provisión ambiental suficientemente buena”, que “comienza con un alto grado de adaptación a las necesidades individuales del bebé” (Winnicott, 1967).

López de Caiafa (2013) citando a Winnicott habla del desarrollo emocional y de cómo la dependencia absoluta recorren caminos en donde las transiciones y los distintos momentos del desarrollo psíquico se apuntalan en el diálogo “y en la calidad de este, entre lo propio del niño y el entorno. Apunta al diálogo con el ambiente facilitador, contraparte esencial del estado de dependencia absoluta del recién nacido”. Ambiente que primero será la madre pero que se incluyen también el padre, la familia y también la sociedad.

Anna Freud, en Winnicott (1967) hablará de las consideraciones sobre la salud en los niños, ésta tenía que ver con las diferentes etapas que atraviesa la instalación del ello. La jerarquía, que aún sigue siendo válida hasta la actualidad es conocida como: el comienzo con “la primacía oral, siguen las primacías anal y uretral, luego la etapa fálica”, luego aparece el periodo de latencia y sucesivamente le sigue la pubertad anunciada por una etapa prepuberal.

Se puede evaluar el grado de desarrollo y las necesarias indicaciones terapéuticas en el niño a través del escrutinio, por un lado, de los impulsos libidinales y agresivos, y por el otro, del yo y del superyo de la personalidad infantil por medio de signos que indiquen según la adaptación del yo su precocidad o su retardo (A. Freud, 1973, p. 50)

Estos últimos autores nos muestran que cumpliéndose dichas etapas ya se estaría visibilizando una cierta sanidad en el individuo.

Aun así, he de destacar lo que plantea Winnicott (1967) en su teoría: Nadie puede pretender que “salud” será sinónimo de “comodidad”. Lo que muestra que diferentes emociones como el miedo, la preocupación, la duda, la frustración son tan característicos de la vida de una persona sana como los son los rasgos más positivos.

La madre.

En el otro extremo de la díada nos encontramos con la madre. Que de más está decir que esta madre no necesariamente es la madre biológica, sino aquella que ejerce este rol en la vida del niño. “Esta díada jugará un papel central en la constitución del vínculo de apego, ya que sumará el cuidado de las necesidades vitales el placer erógeno temprano, lo que constituye un componente del apego humano” (Ramírez, 2010).

En su tesis Winnicott va a decir que existe una preocupación maternal primaria, que “en la fase más precoz estamos tratando con un estado muy especial de la madre”, que “gradualmente se desarrolla y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo” (Winnicott, 1979).

Durante esta etapa puede cumplir satisfactoriamente con las necesidades del niño, pero en simultáneo se necesitará de su puesta de límite para no perpetuar el vínculo fusional, propiciando el desprendimiento y el posterior desarrollo de autonomía del niño.

Entonces podemos dilucidar la importancia tanto de la construcción de la unidad mamá/bebé como de un límite al vínculo de fusión que se gesta en el dúo; que a veces es ejecutada por la propia madre y muchas veces apuntalada por la figura paterna. Solo así se posibilitará un eficaz desarrollo del psiquismo.

Es preciso destacar que este estado de sensibilidad, no siempre se logra,

(...) hay muchas mujeres que son buenas madres en todos los demás aspectos y que son capaces de llevar una vida rica y fructífera pero que no pueden alcanzar esta “enfermedad normal” que les permite adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del pequeño en el comienzo (Winnicott, 1979, p. 408)

Lo que posteriormente podría dar lugar a fallas de diferentes tipos que más adelante sabremos esbozar. Pero por el contrario, si esto sí es logrado por la madre,

(...) aporta un marco en el que la constitución del pequeño empezará a hacerse evidente, en el que las tendencias hacia el desarrollo empezarán a desplegarse y en el que el pequeño experimenta movimiento espontáneo y se convertirá en poseedor de las sensaciones que son apropiadas a esta fase precoz de la vida. (Winnicott, 1979, p 409)

Por tanto, tendremos como resultado una madre que logra sensibilizarse con el bebé y responder a sus necesidades de manera exitosa.

Otro de los puntos en donde la madre es de suma importancia es en el ejercicio de lo que plantea Bleichmar (2002) como función de ligazón. La misma será la encargada de conectar dos sistemas, de ligarlos. El bebé en el momento de la lactancia se encuentra, además de con un estímulo placentero, con un objeto sexual pulsante, excitante para el infante. Lo que dejará un remanente de tipo excitatorio generado por el encuentro mismo, que deberá encontrar algún tipo de vía de descarga. “El autoerotismo, succión de la mano, del chupete, cumple la función de ligazón, organizadora de esta excitación sobrante” (Bleichmar, 2002). Y se necesita del funcionamiento del narcisismo materno para que este pueda llevarse a cabo de manera exitosa. Una vez más, se representa así como lo que primeramente es exógeno se vuelve endógeno.

Entonces también a partir de la teoría de Bleichmar, que el concepto de holding winnicottiano puede reconocerse como la capacidad que puede o no ofrecer la madre de brindar

las vías de ligazón colateral “para que la facilitación que lleva a instalar la alucinación primitiva no deje al niño librado a la pulsión de muerte” (Bleichmar, 2002).

En síntesis, el niño necesita de un otro que cuide y vele por él, en una primera instancia fusionados en un sistema dual con la madre, que le pondrá palabras a lo que siente (importancia de la voz), lo mira, lo narcisiza, lo pone como objeto de su amor. Pero, ¿qué pasa cuando alguno de estos puntos no logra realizarse con éxito?

Las fallas de la diada.

Las emociones del ámbito del displacer están presentes siempre en el exterior del bebé, en el mundo en tanto habitan subjetividades en constante actividad y movimiento.

El sufrimiento y el trauma son dos términos muy utilizados respecto al displacer. El primero de ellos es planteado por Winnicott (1967) quien habla de la ruptura de la línea de existencia del sujeto y el segundo concepto planteado por Hirschl (2015), quien afirma que “el trauma no siempre está en relación con lo sucedido, sino con lo que no sucedió”

Por una parte, diversos tipos de indicadores pueden revelar posibles niveles de sufrimiento en el niño, como por ejemplo el llanto incesante, la mirada esquiva, falta de demanda, falta de apropiación a las rutinas de la familia, hipo o hiper sensibilidad a los estímulos sensoriales, falta de aparición de la angustia ante los extraños (esto sobre todo en bebés), no hay presencia de objetos transicionales, solo la madre puede calmar al bebé; entre otros.

Si todos estos indicadores no logran ser vistos/escuchados y tratados con la familia pueden generar otras fallas como por ejemplo el auto sostén, el niño que según los adultos “se arregla solo”. También la desconexión entre la psique y el cuerpo, funcionamiento intelectual escindido, pérdida de la capacidad de relacionamiento con los objetos, depresión infantil, entre otras.

El trauma además tiene que ver con lo exterior. Siendo así, nos lleva a mencionar que “los traumas externos se convierten en traumas internos cuando afectan, coinciden o simbolizan la concreción de ansiedades profundamente arraigadas o de deseos fantaseados” (Bleichmar, 2002). En el primer caso (ansiedades arraigadas) el hecho se vive como sentimiento de aniquilación en donde el peligro es extremo; como abandono o como castración (aquí la autora utiliza el ejemplo del peligro de ceguera). En el segundo caso los deseos que logran ser satisfechos por el trauma vivido pueden ser del ámbito de la agresividad o del ámbito sexual, que a su vez estos últimos pueden ser acordes o no a la etapa madurativa.

Con esto ya comenzamos a ver como las fallas en el psiquismo se pueden encontrar desde muchas perspectivas, por tanto será imprescindible hacer un recorte de estos y traer algunos para presentar la teoría que nos compete.

Aulagnier (1975) por su parte, nos va a presentar diferentes puntos para el abordaje de patologías como la psicosis y los procesos delirantes, pero para ello primero va a presentar las condiciones necesarias para que estas patologías se den. Agrega además, que “hablar de “condiciones necesarias” no es equivalente a hablar de condiciones suficientes” (Aulagnier, 1975). Es decir, que por ejemplo, la psicosis no puede ser referida sólo a personas que carecen de ciertas herramientas o instancias psíquicas teniendo como referencia lo “normal”. Afirmara entonces que son psiquismos diferentes, y catalogarla de cierta manera solo tendría que ver con el discurso, el deseo y la locura de los otros.

Janin (2011) en uno de sus libros indica que:

Se nace con la tendencia a descartar, a arrojar de sí, todo aquello que perturba. Esta “tendencia al cero” o Principio de Nirvana, se transforma rápidamente en Principio de Constancia, en la medida en que hay inscripciones, restos de vivencias. Ese psiquismo que tiende a descartar cualquier estímulo es marcado por vivencias de placer que dejan rastros, huellas que de ahí en más motorizan el aparato y frenan la tendencia al cero. (p. 19)

Lo que nos trasmite esta autora en poquísimas palabras es que siempre estamos siendo sostenidos por vivencias placenteras, emociones que nos conectan con la felicidad y la tranquilidad. Aunque el hecho en sí mismo no es el que genera un producto psíquico, sino que es el modo en que estos hechos se inscriben en cada uno.

Gracias a las primeras huellas y representaciones en el niño, es que estas vivencias se pueden transitar en una búsqueda permanente, intentando siempre reproducir ese placer que estuvo y por algún motivo se “perdió”. Placer que estuvo y dejó huella, pero que sin dudas puede mover las fichas para generar nuevos placeres. Pero si nada de esto se da, y las huellas son solo vivencias perturbadoras sólo estaríamos ante un movimiento en la estructura del psiquismo que nos podría llevar a un cúmulo de fallas posibles. Podemos decir que éstas son otro tipo de marcas. Las vivencias de dolor quiebran todo tipo de vínculo con el otro y rompen la cadena de producción de futuros placeres.

Kernberg (citado por González, 2018) manifiesta que el bebé, en el acto de espera de la madre que lo responderá a su llanto y su demanda de atención y alimento, y además calmará sus sensaciones displacenteras, puede tener por lo menos dos respuestas: una de ellas es que la madre no aparezca. En ese caso, como el bebé no tiene la capacidad de diferenciación yo/no yo, la experiencia displacentera de los dolores viscerales, la percepción de soledad, pertenecen a una representación sí mismo-objeto “totalmente mala” (p. 76). Green (1980), referido a esto, manifiesta que:

La transformación en la vida psíquica, en el momento del duelo repentino de la madre que desinviste brutalmente a su hijo, es vivida por éste como una catástrofe. Por una parte, porque sin signo alguno previo el amor se ha perdido de golpe. El trauma narcisista que este cambio representa, (...) constituye una desilusión anticipada y que lleva consigo, además de la pérdida de amor, una pérdida de sentido, pues el bebé no dispone de explicación alguna para dar razón de lo que ha sucedido. (p. 216)

Volviendo a Aulagnier, exponer el concepto de “potencialidad psicótica” tendrá sentido en este punto del apartado, el mismo tendrá que ver con una condición previa,

(...) no una posibilidad latente que sería común a todo sujeto, sino una organización de la psique que puede no dar lugar a síntomas manifiestos pero que muestra, en todos los casos en los que es posible analizarla, la presencia de un pensamiento delirante primario enquistado y no reprimido. Este quiste puede hacer estallar su membrana para derramar su contenido en el espacio psíquico: cuando ello ocurre, se pasa de lo potencial a lo manifiesto y un enquistamiento que a su vez posibilitará la apariencia de “normalidad”. (Aulagnier, 1975, p. 194).

Este pensamiento delirante primario es una interpretación que da el propio Yo acerca de la causa de los orígenes del sujeto, pero también del origen del mundo, del placer, etc. Esta interrogante encontrará un único sentido que en el caso de este pensamiento delirante “el

discurso del Otro lo ha confrontado con un enunciado con escaso o ningún sentido” (Aulagnier, 1975); por lo tanto el discurso de la creación originaria tapara el agujero del discurso del Otro, muchas veces apoyándose en el fantasma, que como menciona Pereña (2010) el fantasma “da sentido a lo que ha sucedido.

El fantasma está al servicio de echar la culpa a los demás” (p. 261). Pero es también desde este concepto que entendemos la relación entre poder, protección y temor. “El sujeto se somete a quien le maltrata, porque quien le maltrata tiene supuestamente el poder de protegerle” (p. 265). Y sumamos aquí la teoría de Green (1980) quien da más luz a este concepto diciendo que “el fantasma no debe ser más que fantasma, es decir, que en el límite se asiste a la negación de la realidad psíquica. Cuando fantasma y realidad se superponen, aparece una angustia enorme” (p. 225)

Si volvemos a la importancia de lo que provee el fantasma, en instancias de suma dependencia para el bebé, nos encontramos con lo mencionado anteriormente: “el Yo relaciona la causa de placer, de todo placer, con el placer que le procura a la pareja el hecho de que él existe” (Aulagnier, 1975).

Pero de no ser así, si se le proporciona la consideración de que su existencia genera o generó displacer para la triada, se corre el riesgo de plantear como causa del displacer el deseo del otro de generarlo, de imponer ese displacer; lo que llevará a interpretaciones del tipo en donde el placer es un efecto de un no saber, de una falta, de un error cometido. En este caso existirá la posibilidad de que el placer y el displacer pueden perder todo sentido, y no poder ser ya hablados por el sujeto.

Si el yo no encuentra en el discurso un “pensamiento” del que pueda apropiarse como postulado inicial para su propia teorización de los orígenes, se ve obligado a crearlo: de no ser así, deberá renunciar a preservar un espacio psíquico en el que su funcionamiento sea posible. (Aulagnier, 1975, p. 200).

Este es quizá el punto más importante, ya que nos muestra cómo el Yo defiende de un peligro inminente; la posibilidad de presentar las condiciones responsables del acting out, en donde el pensamiento ya no puede ser pensado. Su meta entonces es la autoconservación del psiquismo del individuo.

Janin (2011) justamente también va hablar de cómo un niño desde el punto de su concepción entra ya en una cadena donde ocupa un eslabón en ella, ya desde ahí es soñado por otros. Un otro que lo anhela -o no-, un otro que lo espera y lo desea. Desde ahí es que entran en juego las acciones y factores controlados por los adultos; ya hemos dejado claro en el comienzo de este desarrollo que es sumamente importante un otro que libidineice, y como los vínculos de apego pueden generar enlaces negativos o positivos en un ser en construcción.

Entonces, los trastornos que se pueden apreciar en el psiquismo podrían ser efectos de los deseos contradictorios, de movimientos defensivos, terror, entre otros que podrían haber generado vivencias y por tanto huellas desagradables para el infante.

Winnicott (1963) plantea que el proceso de maduración del niño proviene de su herencia biológica, pero que solo se desarrollará si existe un ambiente facilitador. Entonces, ¿qué pasaría cuando esto no ocurre, cuando el ambiente no logra sostener?

Se podrían presentar entonces lo que se describe como “agonías primitivas - la palabra angustia no es lo suficientemente intensa en este caso-” (Winnicott, 1963, p.114). Y esto puede darse desde el lado de los padres por muchos motivos; personales, culturales, políticos, familiares, etc. Entonces cuando las escenas de violencia se mantienen, cuando el otro no está disponible o en condiciones de alojar al niño, éste no puede proveerse de las herramientas simbólicas para que logre tramitar lo traumático.

Ulriksen de Viñar (2005) plantea que:

La madre vulnerable, o más aún, vulnerada, deprimida, traumatizada, está ella en situación de desamparo, con poca disponibilidad para reconocer en el recién nacido una capacidad de respuesta y de intencionalidad. En estas situaciones se organizaron las patologías más graves en el niño (trastornos profundos en el desarrollo, apatía, retraimiento o inquietud) (p.9).

También los padres o figuras de apego son los que muchas veces, dictaminan que un tipo de funcionamiento es patológico. Pero son ellos, a la vez, los que generan y posibilitan el campo de batalla.

El establecimiento de relaciones con objetos se puede considerar en la misma línea de coexistencia entre la psique y el soma y el tema tratado anteriormente. Según Winnicott (1967),

el proceso de maduración impulsará al niño a relacionarse con ciertos objetos, que solo será posible si el mundo es presentado adecuadamente;

(...) la madre, poniendo en juego su capacidad de adaptación, presenta el mundo al bebe de tal modo que éste recibe al comienzo una ración de la experiencia de omnipotencia, la cual constituye una base apropiada para su posterior avenimiento con el principio de realidad (p.5).

Y continúa diciendo que:

(...) En la enfermedad esquizoide, la formación de relaciones objetales fracasa; el paciente se relaciona con un mundo subjetivo o es incapaz de relacionarse con objetos ajenos al self. Ideas delirantes confirman la omnipotencia. El paciente se muestra retraído, desconectado, confundido, aislado, irreal, sordo, inaccesible, invulnerable y demás. (Winnicott, 1967, p. 5).

Desde la perspectiva de algunos autores hablan de que la necesidad de algunos niños por moverse o generar acciones de tipo violentas provienen del fracaso de la función de apuntalamiento. Específicamente Bick (1968) (en Crisóforo, 2015) habla de la *primera piel*, y en cómo esta primera piel va a oficiar de límite y contingente para mantener las partes de la personalidad del niño que aún no se han integrado, permitiendo a su vez la incorporación de la fantasía del espacio interno y externo.

Cuando esto falla, la autora habla de una *segunda piel*, que jugará el rol de sustitución de esa contención que fracasó; y está constituida ya no por un objeto externo al niño sino por la musculatura, y con ello, por la agresividad y la acción. La pulsión está funcionando sin límite en este punto, imposibilitando la generación de una demanda.

Por su parte Rodríguez Fabra (2009) comentando acerca de la teoría de Aulagnier, sostiene que esto “se puede interpretar como procesos de desligadura, donde el cuerpo y la psique van por otros caminos” generando así la “hiperactividad” y el déficit a nivel atencional y de concentración.

Pereña dirá que:

En la medida en la que esa demanda no se pueda estructurar en la relación con el otro, queda desautorizada, y entonces no hay modo de conectarse con el otro más que con pasos al acto, como es el caso de la hiperactividad. (Pereña, 2011, p. 268)

Este último también plasmó en sus textos las dificultades en la formación del yo. Representadas por ejemplo en la anorexia, dificultad que se establece en la unidad yoica corporal. “La anorexia se queda en la pura imagen” (Pereña, 2011) Es como si congelara una dimensión del yo en la pura imagen del espejo. “Para que una madre pueda dar de comer tiene que entender que dar de comer no es darse a comer. Si no es así, o deslibidiniza la comida (...) y entonces obstaculiza la falta, o no da de comer” (Pereña, 2011) así también ocurre con aquellas madres que dan de comer de más.

Green (1980) expuso el concepto de “madre muerta”; que no tiene que ver con la muerte real de la madre, sino con “una imago constituida en la psique del hijo a consecuencia de una depresión materna” (Green, 1980). Es entonces una madre viva pero muerta emocional y/o psíquicamente para el bebé.

Esta madre muerta generará lo que se conoce en esta teoría como duelo blanco o alucinación negativa, resultado de un componente de la represión primaria: “una desinvertidura masiva, radical y temporaria, que deja huellas en lo inconsciente en la forma de “agujeros psíquicos” que serán colados por investiduras, expresiones de la destructividad liberada así, por ese debilitamiento de la investidura libidinal erótica” (Green, 1980).

La consecuencia de la madre muerta en el psiquismo infantil es clara: la depresión. El sentimiento de impotencia invade al individuo, para amar, para disfrutar, para conquistar sus objetivos; insatisfacción profunda, huellas de la repetición de la depresión infantil, o como nombra el autor, “depresión de transferencia”.

“El rasgo esencial de esta depresión es que se produce en presencia del objeto, él mismo absorbido por un duelo” (Green, 1980); lo que moviliza un brutal cambio en la imago materna, que a su vez golpeará con todas sus fuerzas las investiduras eróticas del niño. Este último además de tener el sentimiento de pérdida, no logra darle sentido, ya que no dispone de ningún tipo de explicación de lo que sucede, no encuentra una razón. Lo que si vivirá es una interpretación que pondrá al dúo en jaque: el infante vivirá la decepción de la pérdida de su madre como la consecuencia de sus propias pulsiones hacia ella, hacia el objeto.

Aún se podría empeorar más la situación si este complejo de la madre muerta se da cuando ya ha visto la existencia del padre, del tercero, interpretando que él es el causante de la desinvestidura de su madre.

Siguiendo a Green (1980) nos adentrarnos en las defensas del niño, que tras intentar la reparación de la madre, y después de haber vivenciado la pérdida del amor de esta, conjuntamente con la lucha incesante contra la angustia y signos como la agitación, el insomnio o los terrores nocturnos, el yo pondrá en marcha.

El autor nos plantea 5, que sólo enunciaremos de forma resumida. Por un lado, un movimiento único pero diversificado en la desinvestidura del objeto materno y la posterior identificación inconsciente con la madre muerta. Green lo llamara un asesinato psíquico, sin odio. Hay una mimetización, en donde la lógica parte de poseer el objeto deviniendo él mismo.

La segunda defensa sería la pérdida de sentido, en donde el niño tiende a dejarse morir para no dejar salir la agresividad, echándole la culpa a un tercero, en general como decía anteriormente, es el padre.

Este frente de defensa en donde el sentido se pierde, a su vez generará otras, como el odio secundario en donde se visualiza un sujeto intentando dominar al objeto o en ocasiones vengarse de él; también la excitación autoerótica, que se instala en la búsqueda de un placer sin ternura, sin piedad, dado que se generó con anterioridad una separación muy precoz entre el cuerpo y la psique del niño.

En el último de los puntos Green va a desarrollar las capacidades fantasmáticas e intelectuales del yo. En donde presenta la intelectualidad sobreinvertida por la proyección, esto en vías de una tentativa de dominio de una situación traumática para la psiquis de hijo.

El niño ha hecho la cruel experiencia de que depende de las variaciones del humor de la madre. En lo sucesivo consagra sus esfuerzos a adivinar o anticipar. La unidad comprometida del yo, que ha quedado agujereado, se realiza en el plano del fantasma, y entonces da origen abiertamente a la creación artística (Green, 1980, p. 219).

En síntesis, las sublimaciones impuestas para dominar el trauma fracasan, incapaces de equilibrar la economía psíquica, vulnerable particularmente en su vida amorosa, en donde está herida “despertará un dolor psíquico y se asistirá a una resurrección de la madre muerta (...) por fuerza sobreviene la decepción del objeto, o la del yo; estas decepciones ponen fin a la experiencia, y resurge el sentimiento de fracaso, de incapacidad” (Green, 1980) y se suma la

frase “nunca he sido amado”, que se convertía en una afirmación a la que el sujeto se quedara prendido, verificando en su vida amorosa.

La complejización de la teoría de la madre muerta nos muestra las diferentes fallas que produce la carencia de amor materno en términos psíquicos, en donde en gran parte es un duelo imposible, una pérdida metafórica que se vuelve inabordable para el sujeto. El propio autor nos deja entre sus líneas una conclusión exquisita: “El sujeto es rico, pero no puede dar nada a pesar de su generosidad porque no dispone de su riqueza. Nadie le ha quitado su propiedad afectiva, pero este no tiene el usufructo de ella” (Green, 1980).

El mal encuentro con la función materna que falla irá promoviendo la adhesión al otro con la idea de no enfrentarse a la angustia que genera la ausencia. Afirma Casas de Pareda (2018) que los momentos depresivos en la infancia frente a esta angustia “desencadenan o promueven un corte, una interrupción, una desconexión “salvadora”, que luego terminará reflejándose en una dependencia en su lado excesivo, mostrando cómo la frustración desemboca en el deseo.

Las respuestas del niño en momentos donde desborda la frustración reclama un sentido que solo puede venir del otro, y que si no aparecen se puede presenciar una huida del sujeto, huida real como los actos de fuga o la huida en el plano psíquico.

La palabra estalla en sus múltiples “raíces” corporales, se vuelve acción, movimiento, acontecimiento (huidas, rabietas, accidentes) o sideración, inhibición de la acción, el temido tedio, aburrimiento que también connota el peligro del silencio y la muerte (tirarse o dejarse morir) (Casas de Pareda, 2018, p. 21).

Cienfuentes (2013) citando el trabajo de algunos científicos, aborda la idea de que niños que sufren depresión pueden presentar fracaso escolar, bulimia, anorexia, suicidios o síntomas asociados a la misma depresión infantil.

Por otra parte, Bleichmar (2002) presentará su ponencia en donde describe el autismo precoz en la infancia, que se destaca por una ausencia en la constitución del yo, en donde falló la narcisización primaria, en donde el infante queda por fuera de la cadena significativa de la madre.

La pulsión de muerte, del lado de la madre, es déficit de narcisización hacia el hijo. Es la ausencia en la madre del deseo de vida, de la vida como proyecto humano, lo que se

plasma en la cría como muerte, y sería de una simpleza extrema pensar que ello es efecto de un deseo inconsciente agresivo de su parte (Bleichmar, 2002, p. 161)

Describe también de la psicosis simbiótica, que tiene que ver con la imposibilidad de “desabrocharse del yo materno al cual ha quedado soldado a partir del momento en que ingresa como significante de la falta” (Bleichmar, 2002), en donde se muestra a un niño incapaz de separarse de la madre, no puede estar ni un segundo sin ella.

Asimismo esta autora, citando a Freud en *La interpretación de los sueños*, no dirá que: “cuando reaparezca la tensión de necesidad, esta tensión ingresara al aparato psíquico en vías de constitución produciendo una corriente de excitación que “se ligara” a la huella mnémica de esa primera experiencia” (Bleichmar, 2002).

Y continúa diciendo, que “las inscripciones de origen exógeno, pulsantes, provenientes del objeto pecho degradado a indicio, constituyen puntos de anclaje para la evacuación desordenada de energía” (Bleichmar, 2002).

Para finalizar este apartado sería óptimo mencionar que estas fallas pueden verse en los espacios terapéuticos como síntomas, y como ya mencionamos antes, no necesariamente estos niños portadores de ciertas fallas en la construcción psíquica, o con “síntomas de” serán niños con algún tipo de trastorno. Bleichmar (1988) plantea la diferencia entre síntoma y trastorno:

(...) para que el síntoma se constituya como tal debe no solo expresar una inlograda satisfacción pulsional, sino que sea el sujeto mismo (sujeto del yo) quien lo rehuse a una parte clivada de sí mismo que se ha tornado extraña y “pulsante”. El síntoma es algo que se produce en forma intrasubjetiva, no direccional, no dirigida a un otro (...). El trastorno, por su parte, es la emergencia en lo manifiesto de un conflicto en el marco de lo que he denominado tópica intersubjetiva, es decir, en el interior de las relaciones primordiales con el semejante, en los momentos previos a la instauración de lo neurosis infantil (Bleichmar, 1988, en Guerra, 2017, p. 32).

Entonces concluimos que, estas fallas presentadas serán solo una posibilidad, los trastornos requieren de varios factores en juego para establecerse en la subjetividad humana.

PATOLOGIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN.

Para comenzar este recorrido debemos transitar por un punto clave: desglosar las concepciones de normal y patológico. Es desde aquí que podemos entender cómo se producen estas concepciones de “niños violentos”, “niños hiperactivos”, niños que en resumen tienen conductas fuera de lo esperado para una sociedad que los observa y los quiere amoldar a su conveniencia.

Canguilhem (1943) presenta las posibles concepciones de lo conocido como normal y como patológico. Nos va a definir la primera como aquello que debe ser, como herramienta utilizada para unificar aquello que es diverso. Pero entonces nos preguntamos, quién determina y cuáles son las condiciones necesarias para ser integrante de ese “deber ser”.

Lo patológico entonces, tiene que ver con la desviación. “La enfermedad difiere del estado de salud” (Canguilhem, 1943), sistematizando no a partir de si hay o no normalidad sino a partir de pensar en hiper o hipo, como también menciona el autor. Aquel niño que corre mucho, habla mucho, pega mucho, o en contraposición el niño que no habla, que no interactúa, que no mira.

Foucault (1974) por su parte, en *Historia de la medicalización* y tomando como ejemplo la Alemania del siglo XVIII y XIX, plantea que la idea de una enseñanza médica normalizada, especialmente desde un control estricto de los programas de enseñanza y la concesión de los títulos. “La medicina y el médico, son por lo tanto, el primer objeto de la normalización. El concepto de normalización empieza por aplicar al médico antes que al enfermo” (Foucault, 1974).

Entonces, ya desde allí es el médico es el primer individuo normalizado, y que a lo largo de los años se ha encargado de mover los engranajes de la concepción de “normalidad” de forma internacional.

Es la medicalización de la vida la que nos marca un proceso que tiene que ver con la medicina en relación con la sociedad toda. Un

(...) proceso progresivo por el cual el saber y la práctica médica moderna incorpora, absorbe y coloniza fenómenos y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente están regulados por otro tipo de instituciones o autoridades como por ejemplo, la familia o la religión (Fabregá, 2015, p. 8)

La podemos observar además cuando los problemas que están por fuera del área de trabajo de los médicos se empiezan a catalogar en términos como “trastornos” o simplemente solo se abordan desde la medicina. Entonces es fundamental entender que el proceso de medicalización tiene que ver con la intervención de los dispositivos de poder, que tienen como uno de sus objetivos las infancias, actuando desde todos los ángulos posibles.

Muníz (2013) plantea específicamente que

Si hablamos de la medicalización de la infancia como una práctica abusiva de recetar medicamentos a los niños, nos ubicamos sobre el marco de la patologización de sus conductas infantiles, que no son nuevas como la hiperactividad, la desatención, el berrinche, la impulsividad (...) (p.143).

La autora nos muestra que la visión de las conductas infantiles ha cambiado a lo largo de los años, anunciándose hoy una patologización de las conductas que “no deseables”, que hay que medicar. “El interés se orienta de lo normal hacia lo patológico para actuar racionalmente sobre lo patológico” (Canguilhem, 1943).

Se suma a esto el nivel de determinación social que empuja a los individuos al rechazo de lo “diferente”, “ofreciendo la seguridad, la armonía y el confort que brinda la pertenencia a un determinado grupo, bajo el atractor de la “comunidad” social sin fisuras” (Ponce de Leon, 2017).

Introducir al niño en un universo de diferencias, depende de una cadena de diferentes factores que construyen dicha concepción desde antes de su nacimiento. Aun así, la subjetividad infantil no es indagada por las instituciones para catalogar y “tratar”; en la escuela, en la familia, incluso en la religión esto no es lo más importante. Lo que termina en una confusión: considerar, que todo niño inquieto o desatento, tiene que ser diagnosticado. Siendo que la atención como la hiperactividad, se pueden presentar en procesos cognitivos como psicológicos. Dicha categorización hegemónica hacia los niños, tiende a diferenciarlos y estigmatizarlos, causando su exclusión y discriminación; así como su posterior tratamiento, generalmente con fármacos que además de ser efectivos para cumplir sus objetivos tienen diferentes efectos secundarios en el cuerpo y la psiquis.

Fabregá (2015) por su parte, citando a varios autores, aborda la idea de tres autores clave (aunque plantea que varían a lo largo de la historia y posiblemente lo sigan haciendo) en cuanto a la medicalización de la infancia. Estos son los padres, el sistema de salud, y la institución educativa.

El primer actor es posiblemente es el más importante; el entorno familiar, las personas más cercanas al niño, quienes son los que toman las decisiones referentes a su salud. Quienes indican conductas que visualizan como sintomáticas o como fuera de lo esperado (al menos para ellos).

El segundo actor es el sistema de salud, en el mismo se incluyen los médicos, las enfermeras, y no podemos dejar de lado las grandes compañías farmacéuticas. Por un lado, el médico sigue siendo una figura de autoridad que prescribe los productos farmacéuticos a los pacientes. Y es el médico quién tiene gran peso en la toma de decisiones frente a una posible patología.

El tercer actor es la institución educativa. La escuela es donde se detectan algunas “patologías”, sobre todo en lo referido a lo conductual. Es aquí que muchas veces, si no se ve a la familia, la maestra ve si el niño no se comporta “como debería”, informando a los padres, los colegas y los profesionales del ámbito de la salud para tratar los síntomas de la “desviación” de la conducta del niño. A veces esto se da en la etapa más infantil y muchas otras veces también se podrá visualizar en la adolescencia, donde se suelen catalogar como “rebeldes”.

En síntesis, todo infante que presente actitudes y conductas fuera de este “deber ser” se lo cataloga como diferente y posteriormente es sometido al proceso de normalización, en su mayoría atravesando procesos de patologización y medicalización. Ya que por sí sola “la anomalía no puede convertirse en enfermedad, pero por si sola no es una enfermedad” (Canguilhem, 1943); necesita de la teoría y de la práctica, de una cultura que lo sostiene y lo practica, necesita de procesos de subjetivación de una sociedad determinada en un tiempo determinado. Un niño que es visto como “patológico” en un momento y lugar puntual de la historia, posiblemente sea un niño “normal” en otro momento y lugar.

Como seres humanos en constante evolución, estamos caracterizados por una psique capaz de transmitir diferentes emociones, como por ejemplo la timidez, la tristeza, el enojo, la inquietud; son inherentes a nuestra especie. Cuando estas se transforman en patologías, podríamos decir que nos encontramos ante un proceso de patologización de la vida.

Por supuesto que este va a partir del paradigma de normalidad que se ha fijado y lo que queda por fuera se lo cataloga como anormal; para luego ser nombrado o clasificado, con el fin de entender la condición anormal que presenta.

Pero lo que aparece con esto es el *sujeto sujeto* a una historia determinada por su “anormalidad”, atravesándolo sin límites. Y en este punto se vuelve importante mostrar el poder del discurso médico que antes mencionabamos y sus respectivos tratamientos con referencia al comportamiento normal y patológico en las infancias.

Ambos procesos, la patologización y la medicalización, apoyados por la medicina como disciplina científica y por un comercio farmacológico que deja una gran fortuna para sus socios han llevado a cabo con gran fervor un proceso medicamentador de la vida. Si bien sus objetivos reales están enmascarados con la excusa de obtener una vida mejor, nos venden la fantasía de la adaptación de los sujetos a las condiciones que exige la actualidad, con sus respectivas normas y expectativas.

Se establece la naturalización acrítica de la vida diaria en los consultorios médicos, las escuelas y en los hospitales que consiste en patologizar y medicar a los niños/as que presentan diferencias o desviaciones con “los criterios de normalidad” durante el período de la niñez y la adolescencia. (Ribeiro, 2015 en Fabregá, 2015, p. 10).

Se han estado utilizando diferentes drogas con esta finalidad de hacer encajar las conductas de los niños en las reglas de “normalidad”. Untoiglich nos va a decir que las más utilizadas son: “Metilfenidato (...), Risperidona (antipsicótico atípico usado para trastornos “graves” de conducta), Valproato (anticonvulsivo), Clonazepam (ansiolítico y anticonvulsivo) y Sertralina (antidepresivo)” (Untoiglich, 2013).

Es también Untoiglich (2013) quien declara que hasta se llegaron a poner colchones en algunas de las aulas de los niños con estas medicaciones para que puedan dormir durante el horario de clases, ya que la medicación, entre otras cosas, puede provocar sueño. Pero todo sea por limitar a este niño a la norma general. Quizá sea por esto que el Metilfenidato, o mayormente conocido como Ritalina es la droga conocida como “la droga de la obediencia”.

A modo de conclusión, es imperante establecer una interacción teórico-práctica con otras disciplinas capaces de abordar esta temática compleja y extensa en beneficio de la sociedad toda, cumpliendo con los derechos de cada ser humano, apostando a la ética profesional y dejando de lado la mercantilización de vida para beneficio político y/o económico.

La irrecuperabilidad de los tiempos de infancia, como tiempos de la estructuración psíquica, nos plantea, desde el punto de vista ético, la urgencia de un fundamento para nuestra práctica, un “saber hacer” determinado por formulaciones precisas -hasta donde nuestras conocimientos lo permitan- acerca de los movimientos de instalación de lo originario (Bleichmar 2002, p. 171)

REFLEXIONES FINALES.

Este apartado busca dar cierre a la presente monografía, un cierre que sin dudas se da desde la formalidad, ya que nos encontramos ante un tema con mucha historia y teoría detrás. Decir que es un tema acabado sería caer en un gran error.

Este trabajo es el resultado de una recopilación de información acerca de cómo se constituye el aparato psíquico, cómo se relacionan los niños con los vínculos tempranos y qué ocurre cuando existen fallas en la consolidación de estos y como repercute en la constitución psíquica. Además se agrega la información aplicada a la patologización y a la medicalización; claves en la conversación del campo infantil en la actualidad.

En lo personal sentarán las bases para el futuro trabajo en la clínica psicoanalítica con niños, adolescentes y adultos ya que dilucidar los inicios del psiquismo nos lleva al acercamiento de un posible conocimiento de los individuos que golpean la puerta del consultorio.

En un primer momento abordaremos la ardua tarea de presentar información acerca de la constitución psíquica, dando cuenta de que si bien el aparato psíquico no está del todo constituido, empieza cargado de una información genética, que articulada con la información pregestacional que proviene de la subjetividad materna y su posterior vínculo con ella irán conformando cada punto de la construcción del psiquismo en cada etapa de la infancia.

Aquí logramos entender la importancia que tiene el otro. La intersubjetividad será uno de los pilares fundamentales en la facilitación de la construcción del aparato psíquico del niño. En esta intersubjetividad aparecen las funciones parentales propias de lo conocido como vínculo materno/vínculo paterno. Se pondrá sobre la mesa lo conocido como funciones parentales, ejercidas fuera de la órbita de los roles de género, pero ligadas algunas a la biología y otras a la cultura y la época y como ellas también pueden modificar mucho el psiquismo infantil.

Dentro de este otro fundamental nos encontramos con la madre como primer vínculo y también el más fuerte para el niño, en donde no solo se satisfacen sus necesidades físicas sino que brinda el espacio perfecto para escuchar y poner en palabras lo que bebe va sintiendo. La madre es la portadora del pecho y de la voz que narcisiza al niño instalándolo como objeto de amor. Siendo así, cuando no está o cuando falla este primer vínculo la constitución psíquica se ve comprometida en alguna de sus aristas.

Podemos confirmar como el sufrimiento en la infancia es visibilizado desde diferentes síntomas, poniendo de manifiesto por ejemplo, a través del llanto incesante y la mirada esquiva, entre otros.

Las fallas en la díada madre/bebé favorecen a la posibilidad de la existencia de depresión o procesos delirantes y/o psicóticos como casos más extremos del sufrimiento emocional infantil. Pero también podemos encontrarnos con lo que solemos escuchar muy a menudo en la actualidad en hospitales y escuelas, como niños hiperactivos, niños graves o niños autistas; y por supuesto con la emergencia social e institucional por medicar a los niños que no cumplen con los requisitos de normalidad actual, patologizando su infancia y su vida, sometiendo a todo tipo de posibles categorizaciones, exclusiones y los tan poco nombrados efectos secundarios de las medicaciones recetadas.

Es necesario que logremos observar desde la mirada crítica pero también empática a los niños, somos nosotros los adultos, posibles vínculos fundacionales del psiquismo de algún infante o un profesional de la salud mental, los capaces de modificar su presente y su futuro.

Desde la psicología podríamos trabajar como educadores, mostrar y concientizar de la importancia que tiene esta etapa de la vida de los sujetos.

Concluimos que estamos frente a un problema que va más allá del trabajo terapéutico por sí solo. El abordaje de esta temática en búsqueda de algún tipo de solución o prevención sólo puede ser posible trabajando con todos los actores en juego, en son de posibles infancias felices y escuchadas. Pero para eso debemos preguntarnos: ¿Qué más podemos brindar como profesionales de la salud mental a este campo de la psicología si las redes económicas siguen comercializando la vida y la infancia?

*“Nos preocupamos de lo que el niño llegue a ser mañana,
pero nos olvidamos de que ya es alguien hoy”.*

Stacia Tauscher.

Referencias bibliográficas:

Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación*. Del pictograma al enunciado. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Bleichmar, S. (2002). *La fundación de lo inconsciente: destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Buenos Aires.

<https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/la-fundacion-de-lo-inconsciente-silvia-bleichmar.pdf>

Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones de una teoría de apego*. Barcelona: Paidós.

Canguilhem, G. (1943). *Lo normal y lo patológico*. Siglo veintiuno argentina editores S.A.

Casas de Pareda, M. (2018). *El desamparo del desamor: A propósito de la depresión en la infancia*. Revista uruguaya de Psicoanálisis, (Número 127), 11-24.

<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/100/80>

Cienfuentes, D., Jiménez, M. (2013). *Depresión infantil: caracterización teórica*. Revista Gastrohnp, Volumen 15 (Número 2), 15-19.

<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/75dbdc11-ea98-4d2c-8bb2-eba04ebb258/content>

Cristoforo, A. (2015). *Niños inquietos - cuerpos desinvertidos*. En Miguez, M. (Ed.) Patologización de la infancia en Uruguay. (1a edición, pp. 61 - 77). Estudios Sociológicos Editora. http://estudiosociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf#page=61

Fabregá, M. (2015) *Análisis exploratorio de los procesos de medicalización que intervienen durante la infancia y la adolescencia*. [Tesis de grado. Universidad de Barcelona].

<https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/66720>

Fernández, A (1987). *La inteligencia atrapada: abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Foucault, M. (octubre de 1974). *Historia de la medicalización*. [Segunda conferencia]. Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil.

Freud, A. (1973). *Normalidad y patología en la niñez*. Editorial Paidós.

González, A. (2018). *Fallas en la función materna y sus consecuencias en la estructuración psíquica en niños/as con dificultades atencionales*. [Trabajo final de grado. Facultad de Psicología. Universidad de la República]

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/35761/1/Gonz%c3%a1lez%20Rodr%c3%aduez%2c%20Agustina.pdf>

Green, A. (1980). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu editores.

https://www.academia.edu/29056513/ANDRE_GREEN_Narcisismo_de_vida_narcisismo_de_muerte

Guerra, V. (2015). *El ritmo y la ley materna en la subjetivación y en la clínica in-fantil*. Revista uruguaya de Psicoanálisis. (N°120), 33-152.

<https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512009.pdf>

Guerra, V. (2017). *Subjetivación infantil actual y riesgo de autismo. Una perspectiva psicoanalítica de los trastornos de subjetivación arcaica*. Revista uruguaya de Psicoanálisis. (N°124), 21-43. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201712403.pdf>

Hirschl, G. (2015). *Estructuración psíquica: permanencia y cambio*. Revista uruguaya de Psicoanálisis. (N° 120), 74-95.

<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/267/237>

Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y construcción subjetiva*". Editorial Noveduc.

Laplanche, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Paidós

López de Caiafa, C. y Ameglio, F. (2013). *Pensando la transicionalidad y su patología*. Revista uruguaya de Psicoanálisis, (N°116) 88-105.

Muniz, A. (2013) *Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia*. Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad. Monográfico N°5

Pereña, F. (2010). *Apuntes para una psicopatología infantil*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 31 (N°2), 255-269.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352011000200006

Ponce de León, E. (2017). *Función diferenciadora parental. Matriz de la alteridad y de la diferencia sexual*. Revista uruguaya de Psicoanálisis. (N°125), 69-82.

<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/185/158>

Ramirez, N (2010). *Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica*. Revista de Psicología. Vol. 13 (N°2), 221-230.

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3729/2990>

Rodriguez Fabra, I. (2009). *Aportes al conocimiento sobre el vínculo madre-hijo en dos casos de niños que presentan dificultades atencionales*. [Tesis de maestría. Facultad de Psicología. Universidad de la República].

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4463/1/Isabel%20Rodriguez%20Fabra.pdf>

Ulriksen de Viñar, M. (2005). *Construcción de la subjetividad del niño. Algunas pautas para organizar una perspectiva*. Revista Uruguaya De Psicoanálisis, (N°100), 339–355.

<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1544>

Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires Argentina, Editorial Noveduc.

Winnicott, D. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Paidós.

<https://books.google.com.pe/books?id=IJaXJUawBV0C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Winnicott, D. (1963). *El miedo al derrumbe*. En *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires: Paidós, 2011.

Winnicott, D. (8 de marzo de 1967). *El concepto de individuo sano*[División de psicoterapia y Psiquiatría Social de la Real Asociación Médico-Psicológica]

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37660931/El_concepto_de_individuo_sano-libre.pdf?1431899011=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEl_concepto_de_individuo_sano_1967.pdf&Expires=1695168331&Signature=JZ5sbWm4QsSDBByLpM~TAqNJR80p6TcZFalemagi2~Vin3zzXN8flgbu4oeuca2OlepHGuhF95P8VQh-IUiFRC6MPpt29Zj6JLsqUv3wYaWb7go52QZyiRkKQc8X81EA1Klos~HmaxgV44V75SShe8lbw9wDHI9m~EsG7t0YHQrZ2o4~PUcwygtwVF9ifgug9yVBmrXH7y~Wt8iSITyQacUQtMitHpMWiCMtlrP2lwDFS2CCgkzWqSNxXNrTiYK9GM2FrXNt16qUoz2-aGFLiA9eKpMnfZJPR9TI6cnsDxxNT775c2yzhO0g-Z~TcR5VL43oFi6SWHOH-QERXfIA4DA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA