

Caso clínico

Daniel tenía 17 años al momento de la consulta. Pocos días antes de vernos, presentó un cuadro gripal muy fuerte con mareos y según sus padres, no se recompuso más: decía que se caía, tenía vértigo, temblores, gritaba aterrorizado y se ponía rígido. Lo llevaron a la guardia de un hospital pero no le encontraron nada, salvo la gripe.

Volvió a su casa pero seguía extraño: miraba hacia atrás, alzaba las manos y decía que estaba muerto. De vuelta a la guardia del hospital, le realizaron una serie de estudios específicos: EEG y TAC, ambos con resultados normales. Derivado a psiquiatría infantil, lo medicaron con distintos psicofármacos.

Los días pasaban y no se observaban cambios positivos: tenía accesos de rabia, pegaba puñetazos y patadas, se mordía las manos, golpeaba su cabeza contra las paredes.

Sentía voces, hablaba con ellas, les gritaba e insultaba. Decía que le disparaban y lo mataban. Contaba que llegaban doctores para llevárselo e internarlo y se desesperaba. Los médicos le decían que venían para operarlo de las piernas y que lo matarían. No dormía de noche y tenía en vela a toda la familia; a la mañana muy cansado contaba que durante la noche le habían disparado tres veces y advertía a sus padres que no hicieran nada por él, ya no valía la pena porque estaba muerto.

La madre, muy angustiada en esas circunstancias, lo contenía abrazándolo muy fuerte y también acostándose con él en la cama. Permanecían abrazados mientras el hijo gritaba y le pegaba.

El cuadro que presentaba era muy complejo y estaba agravado por una parálisis cerebral y tetraparesia (parálisis parcial de los cuatro miembros, en Daniel particularmente marcada en miembros inferiores).

Desde pequeño y hasta la pubertad (cuando dejó todo), hizo rehabilitación kinesiológica y psicomotricidad, lo cual le permitió aprender a sostenerse y caminar con valvas, pero últimamente sus desplazamientos se habían reducido casi a lo mínimo y los traslados fuera de su casa los realizaba en silla de ruedas.

Como los psicofármacos no producían los efectos esperados le cambiaron la medicación psiquiátrica. Al cabo de unos días sin observarse cambios positivos, los progenitores decidieron consultarme. Al preguntarle a Daniel, sonrió y pidió que llamaran en ese mismo instante.

Es en esas circunstancias que veo por primera vez a los padres.

Del encuentro surge que la familia está constituida por cuatro personas: los progenitores (de poco más de cuarenta años cada uno), Daniel y una hermana menor de 15 años.

El adolescente concurre al taller de un centro de formación profesional dos veces por semana y a la escuela, donde cursa tercer año y tiene una docente de apoyo. Lee y escribe con dificultad y solamente en imprenta mayúscula.

Si bien Daniel es considerado por sus padres como alegre y sociable, que le gusta estar con otras personas, reconocen que desde hace unos meses está retraído. Pasa mucho tiempo en su pieza, recostado en la cama y mirando la televisión (en varias ocasiones lo espionaron y descubrieron que se estaba masturbando).

Antes iba a pubs o a bailar con sus amigos pero últimamente se niega a ir y permanece más tiempo en su casa. Interrogado al respecto, contó que algunos chicos se han burlado de él o que los compañeros lo dejaban solo y se aburría.

Propongo realizar algunos encuentros con Daniel para evaluar la situación.

Primer encuentro

Daniel entra sonriente con su madre y habla de los “ruidos martillantes” en sus oídos, que lo hacen estar mal. Tiene miedo de volver al hospital.

Noto una relación muy estrecha entre madre e hijo: intercambian constantemente miradas, sonrisas y contacto corporal directo (se tocan, se toman de la mano).

Está correctamente orientado en tiempo y espacio (si bien se equivoca en algunas situaciones lúdicas que le propongo para investigar la lateralidad). El esquema corporal en general está estructurado. Posee criterio de realidad.

No observé ningún tipo de comportamiento psicótico. Me encontré con un adolescente con mucha necesidad de contar lo que le pasaba y dispuesto al diálogo abierto. Esto me pareció positivo e indicador de un cierto esbozo transferencial ya previamente instalado.

Segundo encuentro

Daniel entra nuevamente sonriente y con la madre al consultorio. Cuenta que está enojado con un docente porque, según él, le dijo “Cortate las piernas y la cabeza”, a lo cual agrega “Y eso no está bien”.

Está preocupado porque no camina bien y por su crecimiento, también porque no se expresa correctamente. Continúan los ruidos en su cabeza y no descansa bien de noche, se dice a sí mismo “Muere, muere, muere” y siente miedo.

Mira continuamente a su madre y le sonrío, desde lo contratransferencial siento un impulso incestuoso muy intenso entre ellos.

En relación a las preguntas y las situaciones lúdico-corporales propuestas observo, al igual que la vez anterior, su correcta ubicación en tiempo y espacio e incluso una mejor performance respecto a la lateralidad y movimientos en general.

La madre dice que no ve cambios positivos con la nueva medicación.

Tercer encuentro

Pasaron 15 días hasta el tercer encuentro con Daniel porque una nueva crisis pospuso la entrevista. Fue a la escuela y llamaron a la madre para que viniera a retirarlo porque lo veían mal. Durante la crisis gritaba y decía que tenía miedo de morirse, le preguntó a la madre varias veces si él se iba a morir. Los médicos no supieron darle un diagnóstico pero le volvieron a cambiar la medicación.

Daniel entra solo al consultorio. A partir de un relevamiento previo realizado sobre los intereses del adolescente, le propongo jugar a la pelota. Él está sentado en una silla cómoda y yo estoy parado enfrente, a una distancia de tres metros.

Parece ser ambidiestro al patear, pero con una prevalencia de la pierna derecha. Cambia el juego y se torna una especie de handball. Noto una diferencia notable en la potencia de los tiros según qué miembros estén comprometidos: el hemicuerpo derecho es más potente que el izquierdo, y con las manos los tiros salen furiosamente dirigidos hacia una silla que hace de arco.

Su rostro se crispa, parece muy concentrado en la tarea, su espíritu competitivo lo lleva a querer hacer muchos goles, superar en cada encuentro su marca anterior. Festeja cada gol y utiliza sonidos homomatopéyicos.

Tiro va, tiro viene y empezamos a intercambiar palabras y frases. Dice que ya no siente más los ruidos en los oídos.

Evaluación e hipótesis iniciales

En su momento me manejé con tres hipótesis:

Existencial: Daniel era conciente de su condición de vida y que tenía problemas físicos.

Psicológica: Con el despertar adolescente, las pulsiones sexuales y agresivas tomaron como objeto a la madre (siguiendo la vía regresiva edípica). La estrecha relación entre ambos (afectiva y particularmente corporal) contribuyó al aumento de las excitaciones eróticas y tanáticas.

El aumento del quantum pulsional se descargó por la vía somática ante la imposibilidad de encontrar objetos externos adecuados y accesibles a tal fin (situación acorde con un estado de toxicidad pulsional).

Los actos auto y heteroagresivos funcionaron como una alternativa de descarga y autocontrol de los impulsos que provocaban en Daniel un fuerte disturbio en su equilibrio y economía psíquica.

Esta situación se vio agravada a partir de la ausencia de un tercero que funcionase como corte de la díada madre-hijo (padre ausente en su función de ley).

Biológica: Interconsulta con neurología por los ruidos en los oídos como probables acúfenos (posteriormente descartado por estudios que dieron resultados normales).

Propuesta de trabajo: psicoterapia individual para Daniel y derivación de los padres a una colega para trabajar con la pareja.

Algunos momentos del tratamiento

Durante meses Daniel juega sentado y tira la pelota con su mano derecha en forma violenta. Se empeña en hacer muchos goles, lleva mentalmente la cuenta de sus puntos, se alienta a sí mismo para mejorar los puntajes obtenidos.

Cuando le propongo jugar al fútbol de parado, acepta inmediatamente pero por pocos minutos. El tiempo de trabajo en pie se va alargando y paulatinamente logra permanecer más tiempo parado, agarrándose de una silla y luego disminuyendo la superficie de apoyo, al tomarse con la mano izquierda del picaporte de una puerta.

Llega a sesión siempre alegre y con una sonrisa, más de una vez comentó que estaba esperando el día para venir. La relación terapéutica se afianza y facilita el trabajo en sesión, al crear una predisposición hacia la tarea.

Paulatinamente tanto los miembros superiores como inferiores cobran más fuerza y los tiros van aumentando en intensidad (más de una vez temí por la rotura de algún vidrio u objeto del consultorio).

A pocos meses del tratamiento, se destacan tres hechos importantes:

- 1- Cuando está excitado por sus logros en sesión, grita, profiere malas palabras y/o se toca los genitales.
- 2- De propia iniciativa y generalmente hacia la mitad del encuentro, se levanta para continuar jugando al fútbol de pie.
- 3- Propone un nuevo juego que consiste en estar sentado y tomar la pelota entre sus pies. Quedando el objeto trabado, hace una rotación de un pie sobre el otro y viceversa, que consiste en pasar la pelota desde el plano horizontal inicial, al plano vertical (el objeto queda igualmente trabado, pero ahora entre un pie que está arriba y el otro que está abajo y que luego intercambiarán de posición). Todo esto lo realiza mientras extiende los brazos apoyados en la silla, con lo cual despega la pelvis de la silla, quedando en el aire sostenido por sus brazos. El juego consiste en contar cada rotación de piernas como si fueran puntos acumulados.

Daniel continúa afianzando sus logros: está más extrovertido, grita, dice muchas malas palabras entre risotadas, se toca los genitales en momentos de excitación, sus tiros salen furiosos hacia la silla que hace de arco, se para solo y de propia iniciativa para pasar del juego sentado con la mano al juego de parado, con el pié y ambas piernas.

La tonicidad del cuerpo aumenta al punto de permitirle levantarse de la silla con poca dificultad.

Al octavo mes realizo un comentario de la pelota que por los tiros a veces quedaba sobre un diván: “Esta pelota parece que hoy quiere dormir y se va a la cama”. Comienza un proceso de proyecciones fantasmáticas sobre el objeto, en base a su antropomorfización. Daniel empieza a hablarle, la trata como a una persona y según las vicisitudes del juego, los comentarios pueden ser del tipo: “Sos una pelota haragana”, “Tonta”, “Pelota de mierda”, “Acá mando yo eh!”.

Un día aparece con una pelota nueva, de gomaespuma roja. En esa sesión el resultado del juego parece no ser el esperado, por lo cual descarga sobre el objeto toda su furia verbal: los insultos aumentan en intensidad y en calidad de malas palabras.

Aprovecho la situación para realizar una intervención lógica (de tipo causa-efecto) que comprende sin dificultades: hay una relación entre él, que produce los tiros, y la pelota que, como objeto, simplemente lleva a cabo la acción por él dirigida. Ejemplo: si tira la pelota desde arriba (brazo en alto) el tiro saldrá en altura, por lo cual resultará difícil que la angulación le permita hacer entrar la pelota en la silla como arco, es decir, que entre en el espacio comprendido entre las patas y el asiento. Por lo común, la pelota iba a parar arriba del asiento, lo cual era aprovechado por Daniel para insultarla por no querer obedecerlo en su intención de que fuera hacia abajo y entrara en el lugar que determinaba el arco (gol). Cuando le pregunto qué debería hacer para que la pelota vaya hacia abajo y entre en el lugar indicado, deduce fácilmente que tendría que tirarla desde abajo (rasante y paralelo al piso).

Al noveno mes, trae otra pelota nueva de cuero. Ese día, mientras insulta a la pelota también canta. Al finalizar el trabajo, hace una broma: se coloca la pelota debajo de la remera con lo cual queda “panzón”, me mira y se ríe.

Tiene una actitud ambivalente frente a las normas de juego: así como reconoce que algunos tiros son dudosos, por lo cual propone no contarlos como goles, por otra parte y a pesar de saber que con la pelota de cuero no puede realizar tiros con la mano porque resulta muy pesada y hay un riesgo real de rotura de vidrios u objetos, no obstante esto, varias veces la lanzó violentamente con la mano mientras me miraba. Al hablar sobre lo sucedido y al explicitar las reglas del juego (lo permitido y lo prohibido), me doy cuenta que tiene incorporadas claramente las reglas, pero que necesita desafiarlas.

En una sesión con excelente performance, al final dice muy satisfecho: “Soy imbatible”.

Hacia el décimo mes, tiene una crisis de nervios antes de entrar a sesión porque el negocio donde va a intercambiar y comprar revistas de caricaturas, hacía varios días que está cerrado. Como la madre no logra convencerlo de que baje del auto y venga al consultorio, me llama preocupada y me cuenta lo sucedido. Voy a verlo para hablar. Me subo al auto y quedamos los dos solos, apenas me ve sonrío y me saluda. Cuenta lo que le pasa y le propongo que venga al consultorio para hablar y además dibujar caricaturas juntos. Acepta enseguida la propuesta.

La sesión se desarrolla tranquilamente, hablamos de lo sucedido. Entiende que estaba enojado con el negocio y que al final se enojó también con la terapia. Dice que su bronca no tenía “nada que ver con esto (terapia)”.

Tiene una actitud desafiante dos veces, al tirar violentamente con las manos la pelota de cuero. Nuevamente pudo darse cuenta que esto representaba una violación a la regla de no poder jugar de ese modo en el consultorio y pidió disculpas.

Cerca del año, acepta una propuesta de caminar por el consultorio apoyándose en el respaldar de una silla de plástico (facilmente desplazable con su marcha). Más adelante, acepta una nueva propuesta: reemplazar la silla por la pared, logrando caminar con el mínimo apoyo de una mano en la pared.

En otro momento, trae varias revistas de caricaturas para adultos con mujeres desnudas. Como ese día le fue muy bien con los goles que hizo, chistosamente le digo al final: “Parece que las chicas lindas de hoy te inspiraron”, a lo cual responde con una risotada.

Permanece más tiempo parado y jugando al fútbol con ambas piernas.

En un encuentro correspondiente al décimo tercer mes, mientras dibuja lo noto ansioso, le pregunto cómo está y me dice que sus padres quieren hablar conmigo para decirme algo. Efectivamente, a la semana los progenitores solicitan una entrevista.

Me comunican que ven muy bien al hijo, por lo cual quieren pasar a sesiones con frecuencia quincenal porque aprovechando su mejoría, realizarán recortes por problemas económicos. No aceptan mi sugerencia de continuar por un tiempo con los encuentros semanales para afianzar y ampliar los logros de Daniel.

En la próxima sesión (en la que pensaba comunicarle el cambio de frecuencia) cuando apenas llega me dice que ya sabe lo que va a pasar. La sesión se desarrolla en una atmósfera de ansiedad para el adolescente: sus tiros parecen misiles mortíferos que salen con la fuerza de la furia contenida. Al despedirnos me pregunta si no nos vamos a ver más. Reaseguro a Daniel ante una angustia de pérdida que se activó con el cambio propuesto por sus padres: le hablo de vernos menos veces al mes, pero que continuaremos viéndonos.

En el decimoquinto mes, otro salto cualitativo da cuenta de un nuevo cambio en el paciente: propone agregar nuevas sillas como arcos (primero cuatro, después cinco y finalmente seis). Aprovecho esta complejidad que cambia las reglas del juego para incorporar al mismo un mayor valor simbólico. Le propongo que rearmemos las reglas del juego ya que el mismo cambió y acepta entusiasmado.

Las nuevas reglas del juego implican una sistematización compleja y clara de las condiciones del mismo, que se reflejan en una grilla con seis columnas, a su vez subdivididas cada una en cuadro subcolumnas. Cada columna representa una silla (seis en total) y cada una de las cuatro subcolumnas representa una modalidad de tiro, con lo cual resulta que en la columna uno, que representa la silla uno, se pueden anotar cuatro tipos de goles diferentes: sentado con la mano, sentado con el pié, parado con la mano y parado con el pié.

Cada gol que Daniel hace, es una oportunidad para que le pregunte cómo lo anoto, lo cual estimula en el paciente una actividad cognitiva que deriva en la clasificación del punto. Ejemplo: “Es un gol en la silla tres, sentado y con la mano”.

El paciente comienza a evidenciar actividad de anticipación: observa la grilla, se da cuenta de las subcolumnas que no tienen puntos anotados y construye estrategias de tiros (angulación y altura) para realizar goles en las sillas que no tienen puntos.

En una sesión, realizando el recuento final de goles, como algunas subcolumnas no tenían goles, dice: “El cero no cuenta”.

Nuevas estrategias cognitivas se agregan con la aprobación de Daniel: recuento de los puntos de cada subcolumna más recuentos cada dos subcolumnas (ejemplo: cuántos goles hizo en la silla uno estando sentado con las manos y los piés). Posteriormente al conteo parcial por posición y de cada silla, le sumamos el recuento final de cada silla y por último, la realización de una escala ascendente de puntajes por sillas (ranking). Esto le permitió sacar conclusiones al final de cada sesión. Ejemplo: “Hago más goles en las sillas tres y cuatro, y menos goles en las sillas uno y seis”, “esto pasa porque las sillas de los costados están más alejadas y para hacer un gol hay que tirar en dirección diagonal y es más difícil que tirar a las sillas tres y cuatro que están en el medio, por lo cual los tiros son rectos y es más fácil hacer un gol”.

En la última sesión antes de las vacaciones de verano, entra caminando solo y sin ningún tipo de apoyo. Se despidió del padre cerrando la puerta del consultorio y diciéndole mientras le sonríe: “Los demás se quedan afuera”.

Se activa nuevamente la ansiedad de separación y abandono: me pregunta si nos vamos a volver a ver y lo reaseguro diciéndole que es sólo una interrupción debida a nuestras vacaciones.

En el momento de la despedida el padre, delante del hijo, agradece lo hecho por Daniel, pues tanto él como su esposa lo ven muy bien al hijo. Daniel participa de la escena en calidad de testigo y con una amplia sonrisa en su rostro.

Aspectos neurológicos

La Parálisis Cerebral Infantil consiste en un cuadro clínico polimorfo debido a un daño cerebral, caracterizado por déficit postural y/o del movimiento, asociado o no a déficit intelectual y/o sensorial. No es progresivo pero tampoco inmutable en el tiempo (Imovilli et al., 2000).

Las causas son variadas y se agrupan en relación al período en que ocurren (AJAPCE, 1989):

Prenatal: enfermedades maternas durante el embarazo como varicela, paperas, etc., incompatibilidad del grupo sanguíneo.

Perinatal: falta de oxígeno durante el parto.

Postnatal: infecciones y/o fiebre muy alta del bebé no controlada a tiempo, lesión cerebral como consecuencia de un grave accidente.

Deficiente atención médica antes, durante o después del parto.

La PCI afecta aproximadamente a 2 neonatos vivos cada 1000. No suele presentarse como cuadro puro, por lo común es mixto y se acompaña de hipoxia (menos de 1/10 de los casos), epilepsia (30 % de los casos), anomalías del desarrollo prenatal, lesiones perinatales o postnatales del SNC, disturbios visuales, defectos auditivos, disturbios del lenguaje, psicológicos y cognitivos (Murtagh, 2004).

Otras afecciones asociadas (AACPD, s.f.) son: percepción y sensación anormal, problemas respiratorios, dificultades para alimentarse, falta de control de esfínteres y problemas de la piel.

Los criterios de clasificación de la PCI son tres (Murtagh, 2004):

- En base al disturbio motor: espástica, atetósica o mixta.
- En base a la distribución: hemiplejía, paraplejía o diplejía.
- En base a la gravedad del disturbio motor: leve, moderada o severa.

Este último criterio (NICHCY, s.f.) comprende a la persona torpe (leve), el individuo que camina cojeando y/o necesita apoyo, aparatos ortopédicos, bastón y/o silla de ruedas (moderado) y aquellos casos en que están afectados todos los aspectos de las habilidades físicas del sujeto y necesitan ayuda ortopédica, equipos especiales y/o silla de ruedas (severo).

Otra clasificación propuesta (AJAPCE, 1989) divide la PC en cuatro tipos:

1- Espástica: el grupo más numeroso (70-75 % de los casos). Presentan una notable rigidez de movimientos, incapacidad para relajar los músculos y torpeza al caminar por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores. Es frecuente una posición particular de las piernas llamada “en forma de tijera”.

Como el grado de afección y las partes del cuerpo comprometidas varían de un caso al otro, se las divide en:

Monoplejía: está afectado un brazo o una pierna.

Hemiplejía: está afectado un solo lado del cuerpo (hemicuerpo derecho o izquierdo).

Cuadriplejía: están afectados los cuatro miembros del cuerpo.

Diplejía: está afectado el hemicuerpo inferior.

Paraplejía: está afectado el hemicuerpo superior.

2- Atetoide: comprende menos del 10 % de los casos. La persona presenta movimientos involuntarios que enmascaran e interfieren con los movimientos normales del cuerpo (contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar).

En este grupo más del 40 % de los individuos presentan afecciones auditivas que interfieren con el desarrollo del lenguaje.

3- Atáxica: es un tipo menos frecuente y la persona presenta problemas en el equilibrio y una marcha insegura, dificultades en la coordinación y control de las manos y los ojos.

4- Mixta y otros: presente en casi un 10 % de los casos. Consiste en una combinación de los tipos anteriores con heterogénea tensión muscular (disonía, hipotonía, hipertonía, rigidez, movimientos involuntarios y temblores).

Al presentarse como un síndrome, el tratamiento resulta complejo y personalizado, hay que partir de un diagnóstico preciso y considerar la intervención de otras disciplinas (genética, neurología, oftalmología, traumatología y ortopedia, estimulación temprana, kinesiología, psicomotricidad, psicología, fonoaudiología, etc.).

El Retardo Mental (RM) es un defecto de la inteligencia debido a un insuficiente desarrollo o a una disminución de las capacidades intelectuales por causas prenatales (hereditarias, congénitas), perinatales (traumas obstétricos, asfixia) o postnatales (meningoencefalitis) (Galimberti, 2002).

El déficit de inteligencia se acompaña de una inadecuación del funcionamiento adaptativo (incapacidad de responder de acuerdo a los estándares propios de la edad del sujeto en áreas como la actividad y responsabilidad social, la comunicación, las actividades de la vida cotidiana, la independencia personal y la autosuficiencia) (Galimberti, 2002).

Se configura además como un disturbio global del desarrollo en el cual la pobreza de instrumentos del pensamiento comporta una particular fragilidad y vulnerabilidad psicológica, por lo cual el niño (y posteriormente el adolescente y el adulto) tienen dificultad y tardan en dominar el mundo externo y, principalmente, el mundo interno, los propios impulsos y emociones (Imovilli, 2000).

Las consecuencias psíquicas del RM, según la gravedad del caso, pueden llegar hasta el compromiso del proceso de separación e individuación, con la consiguiente complicación del desarrollo psicológico del sujeto (dependencia; fragilidad; no cohesión del self; identidad personal, afectiva y relacional perturbada; etc.) (Imovilli, 2000).

En el caso de Daniel, su RM se corresponde con la clasificación de leve (coeficiente intelectual entre 50 a 70), también llamado subnormalidad. Esto le permite no tener alterados los componentes de su inteligencia y personalidad al grado tal de imposibilitarle una vida mínimamente autónoma.

Comentarios sobre el caso

La situación inicial de Daniel, compleja y problemática, se basaba en cuatro focos conflictivos:

1. El proceso típico de la adolescencia.
2. La enfermedad neurológica.
3. La familia (sobreprotección y estimulación incestuosa).
4. La situación vincular exogámica (salidas, amigos, prejuicios sociales).

Pedir ayuda y aceptar un tratamiento fue un modo de ser reconocido, atendido y contenido por el otro (lo contrario al abandono y la segregación que suelen sufrir las personas que presentan discapacidad). La intervención terapéutica permitió además circunscribir los efectos crónicos de su patología.

El cuerpo es un precursor psíquico, base de la subjetividad. En el caso de Daniel, que presenta una discapacidad porque ha sufrido un proceso orgánico deteriorante, debe enfrentarse desde su nacimiento con un cuerpo real que tiene déficits, falencias y mecanismos alterados, pero es justamente a través de ese cuerpo que deberá constituirse como sujeto.

Tanto la base somática (comprometida) cuanto la mente (lúcida) le envían estímulos perturbadores. Cuando los aspectos angustiantes y rabiosos relacionados con ese cuerpo real deteriorado se proyectan, luego retornan como mundo y objeto persecutorios, por consiguiente es el mundo y el otro el que desvaloriza y ataca a Daniel.

Maldavsky (1992) teoriza sobre un tipo de funcionamiento psicótico en el proceso tóxico (fijación al momento de retracción narcisista). En el paciente se observan esa retracción narcisística (tóxica) y la restitución (proyectada) en el mundo, quedando entonces a merced de un personaje poderoso y déspota que pretende suprimirlo del mundo (en este caso varios personajes, como los médicos que vienen a matarlo, el docente que le dice que se corte las piernas y la cabeza y las voces).

Hay una retracción tóxica de la libido objetal y microestallidos delirantes, de duración acotada y circunscriptos, que equivalen a tentativas restitutivas para obtener reconocimiento y acceder a identificaciones. En el proceso restitutivo (intento de reestablecer el vínculo con la realidad) se privilegian la motricidad aloplástica y la percepción

distal (principalmente visual) y se sobreinvierte una versión regresiva y sádica del super-yo que resulta eficaz ejecutor del castigo.

Maldavsky en "Pesadillas en vigilia" (1995, pág. 114) cita un párrafo de su obra *Teoría y clínica de los procesos tóxicos* (1992) y dice que en la adolescencia se produce "una tensión voluptuosa sin tramitación somática posible, lo cual corresponde a una situación tóxica universal, una estasis libidinal transitoria, que conduce a la contrainversión recurriendo a algún goce masoquista previo". Es la magnitud de los procesos pulsionales que se ponen en juego lo que hace culminar en estallidos afectivos desbordantes, aturdidores y tóxicos.

El "procesamiento anímico del erotismo genital resulta relativamente postergado durante un trecho de la adolescencia, en buena medida como consecuencia del trabajo pulsional gastado en el crecimiento orgánico; pero llega un momento en que estas tareas encomendadas a lo psíquico por dicha erogeneidad comienzan a volverse acuciantes, sobre todo a partir de los dieciocho años, cuando se ha consumado lo principal del desarrollo somático" (Maldavsky, 1992) (pág. 305).

Daniel no logra reequilibrar la excitación sexual endógena, lo cual la convierte en estado tóxico libidinal (sexualidad no tramitada, entendida a la manera de una neurosis actual). La tarea de hallazgo de objeto encomendada por la pulsión genital falla en Daniel, pues no hay otro partner sexual que la madre, por lo cual o cae en lo incestuoso o cae en lo autoerótico. Cuando se da el fracaso resolutorio, la angustia se presenta bajo la forma del horror (Maldavsky, 1992).

El contexto familiar tampoco ayuda al adolescente a purificar lo tóxico, al contrario, es otro aporte que contribuye a generar más voluptuosidad tóxica por un exceso sensual (incestuoso) al yo del adolescente: el enlace interpersonal no deja espacio para la sensorialidad y la palabra.

Al inicio del tratamiento Daniel no hallaba posibilidades de sublimación, con lo cual los destinos de la pulsión hacían referencia a la transformación en lo contrario y la vuelta contra sí mismo (de amor hacia la madre a odio contra sí mismo).

Los impulsos sexuales indeseables (incestuosos) se transformaban en angustia y tendían a descargarse a través del acto motor autoagresivo como manifestación de cierto masoquismo (expiación de la culpa).

Se aprecian algunos de los equivalentes del espasmo orgástico en la adolescencia y al servicio de la expulsión de la voluptuosidad tóxica descriptos por Maldavsky (1992): el grito, la motricidad, la masturbación, los estallidos de risa, el dolor y el llanto. Respecto al grito, el autor dice que es una válvula de seguridad y corresponde al fracaso de la defensa y al retorno traumático de aquello ante lo cual se dirigió la defensa. Lo proyectado vuelve desde un sujeto que somete a su víctima (las voces, el docente y los médicos que quieren matar a Daniel).

"El grito, así como el discurso catártico, pone en evidencia una claudicación anímica para el procesamiento de la pulsión, que se trasmuda en un afecto insoportable" (pág. 33). El sujeto hace consciente, de este modo, los procesos inconscientes pulsionales; pero para que esto suceda, se requiere de un paso intermedio en el cual el sujeto se apropia de su grito, identificación mediante. Cuando ocurre, a la percepción se le agrega la significación o cualificación (sentido psíquico). La realidad sensorial queda soldada con diferentes registros afectivos y contenidos específicos reconocidos y asumidos por el sujeto.

Si falla la identificación, el grito no es reconocido como propio ni logra hacer consciente lo inconsciente. Hay una perpetuación de una situación en que lo anímico sufre un riesgo permanente de invasión de procesos pulsionales que se vuelven tóxicos.

En relación al estado de quasi inmovilidad inicial del paciente, la fantasía primordial de castración en los procesos tóxicos se enlaza con el erotismo intrasomático y puede manifestarse en padecer los efectos de una inmovilidad (cárcel, daños en las piernas, etc.) (Maldavsky, 1992).

El dispositivo de trabajo ofrecido, permitió a Daniel poner en palabras sus vivencias respecto a su enfermedad, su historia, su condición real de vida y sus dificultades en el diario vivir, esto facilitó un deslizamiento desde el estado de parálisis en el que se encontraba, hacia el cuerpo como sede de la palabra y la simbolización:

Se operó a nivel instrumental para desplegar sus vivencias subjetivas, con un corrimiento de lugar de lo pregnante del cuerpo real a la fantasmática corporal, del cuerpo de la angustia al cuerpo deseante, del cuerpo sufriente al cuerpo de la sexualidad y del cuerpo agresivo al cuerpo placentero.

Cabe destacar la importancia fundamental de la alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta, pues Daniel desde antes de venir aceptó y solicitó la consulta que derivó en tratamiento. Sus ganas fueron un aliado permanente para el desarrollo de su evolución.

Más que relevar sus déficits, daños neurológicos y dificultades, partí de considerar sus competencias reales y motivaciones (aspectos sanos y preservados del paciente), privilegiando la expresión motriz global y espontánea.

Ante sus dificultades iniciales de simbolización, propuse un espacio de escucha y de significación para permitir a su fantasmática encapsulada en lo real de su cuerpo una vía de circulación a través de la relación terapéutica.

Los tratamientos de rehabilitación y de psicomotricidad realizados durante la niñez resultaron preventivos y eficaces contra las deformidades ortopédicas y sus consecuencias para la motricidad, teniendo además un beneficio en lo emocional. Esto facilitó el trabajo con el paciente, pues las complicaciones que presentaba eran de leves a moderadas.

Para finalizar, quisiera decir algunas palabras sobre ciertas representaciones y estereotipos sociales respecto a la discapacidad. Bertolini y Peretti (2000) remarcan que tienen consecuencias nefastas sobre la persona, particularmente porque son reproducidos en el interior del contexto familiar. Uno de ellos tiene que ver con que la persona discapacitada

es tratada como un “niño a proteger”: la patología orgánica favorece en los padres la emergencia de fantasías arcaicas y un sentimiento de sobreprotección, junto al establecimiento de un tipo de comunicación primitiva, corporal.

En el niño y en el adolescente discapacitados se da una dificultad para acceder a una diferenciación e individuación respecto al objeto, lo cual impide su crecimiento y autonomía, obstaculizando la proyección del adolescente hacia el mundo de los adultos.

La persona queda atrapada en una red de contacto físico estrecho, especialmente con la madre, una proxémica sensual indiferenciada que no permite simbolizar ni la unión ni la separación, con el consiguiente efecto tóxico para la psiquis del individuo portador de handicap.

Nota

La traducción al español de los textos en italiano a cargo del autor.

Bibliografía citada y consultada

- AACPDM (s.f.) American Academy for Palsy and Developmental Medicine, en <http://aacpdm.org/>. USA.
- AJAPCE (1989) Asociación de Jóvenes y Adultos con Parálisis Cerebral A.C., en <http://ajapce.galeon.com/index.html>. México D.F.
- Bertolini, M., Peretti, A. (2000) a cura di Boccardi et al. “Paralisi del movimento verso paralisi del pensiero”, en *Uomini e donne con Paralisi Cerebrale Infantile: il corpo e la mente*, Edizioni Del Cerro, Tirrenia, Pisa.
- Freud, S. (1905) *Tres ensayos de teoría sexual*, en AE, vol. 7.
- (1915) *Pulsiones y destinos de pulsión*, en AE, vol. 14.
- (1920) *Más allá del principio de placer*, en AE, vol. 18.
- (1926 [1925]) *Inhibición, síntoma y angustia*, en AE, vol. 20.
- (1940 [1938]) *Esquema del psicoanálisis*, en AE, vol. 23.
- Imovilli et al (2000) “Uomini e donne con Paralisi Cerebrale Infantile”, en *Uomini e donne con Paralisi Cerebrale Infantile: il corpo e la mente*, Op. Cit.
- Galimberti, U. *Enciclopedia di Psicologia*, Garzanti, Torino.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1981) *Diccionario de psicoanálisis*, Ed. Labor, Barcelona.
- Maldavsky, D. (1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- (1995) *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.
- (2000) *Lenguaje, pulsiones, defensas*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Murtagh, J. (2004) *Professione: Medico generale*, Mc Graw-Hill, Milano.
- NICHCY (s. F.) National Dissemination Center for Children with Disabilities, en <http://www.nichcy.org/index.html>. Washington.
- Roudinesco, E., Plon, M. (2003) *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós.