

el desarrollo emocional de los niños con discapacidad visual

PUENTES INVISIBLES



Rosa Lucerga Revuelta

María Jesús Sanz Andrés



MANUALES

PUENTES INVISIBLES

El desarrollo emocional de los niños con discapacidad visual grave

Rosa Lucerga Revuelta
María Jesús Sanz Andrés

MANUALES

Puentes invisibles. El desarrollo emocional de los niños con discapacidad visual grave

Rosa Lucerga Revuelta, María Jesús Sanz Andrés
1ª edición: Madrid, 2003

© de esta edición: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), Dirección General, Dirección de Educación. Calle del Prado 24, 28014 Madrid.
© Las autoras

Coordinación de la edición: Javier López del Río, María Ángeles Lafuente de Frutos
Diseño de la portada: Miguel Ordóñez
Realización de la edición: Dirección de Cultura y Deporte. Departamento de Recursos Culturales
La presente edición ha estado al cuidado de Carmen Roig

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, su inclusión en un sistema informático, su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares de los derechos de autor.

ISBN: 84-484-0122-0
D.L.: M. 6.068-2004
Realización gráfica: IRC

IMPRESO EN ESPAÑA - PRINTED IN SPAIN

INDICE

Prólogo

Introducción

Capítulo 1. Desde lo intrapsíquico a lo intersubjetivo

1. Freud
2. Melanie Klein
3. Winnicott
4. Margaret Mahler
5. Los interaccionistas

Capítulo 2. El establecimiento de los primeros vínculos. Peculiaridades en niños con discapacidad visual

1. Aspectos perceptivo-cognitivos
 - Analizadores distales y proximales
 - Principales obstáculos en el desarrollo cognitivo
2. Establecimiento de los primeros vínculos
 - a. El bebé
 - Competencias y comportamientos para favorecer la interacción
 - Variables constitucionales
 - b. Los padres
 - La madre
 - El padre
 - Funciones de parentalización
3. La interacción

Capítulo 3. Conductas adaptadas a la ceguera e indicadores de desviación del desarrollo

La ceguera como factor de vulnerabilidad en el establecimiento del funcionamiento psíquico

1. La simbiosis

2. La diferenciación
3. Ejercitación locomotriz
4. El acercamiento
5. Individuación y constancia objetal emocional

Capítulo 4. Con los padres de los niños ciegos

- Antes de nacer
- Adiós al bebé imaginario
- El proceso de elaboración del duelo
- Lo normal y lo patológico
- Intolerancia a la incertidumbre
- Sobre la idealización
- Sobre la depresión
- Identificarse con lo extraño
- La ceguera como castigo

Capítulo 5. Cruzando el puente

La resiliencia

El trabajo con familias en el marco de la atención temprana

Cruzar el puente

Bibliografía

[Volver al Índice](#)

PRÓLOGO

Cuando conocí a Rosa Lucerga, intimidada por su demanda, la supervisión del trabajo de su equipo de atención temprana, le dije: «¡Pero si yo no sé nada sobre la ceguera!...» Me respondió sin pensárselo dos veces: «No te preocupes, sobre la ceguera ya sé yo. Con que tú sepas sobre psiquismo infantil, iremos bien». Ella tenía razón: hemos ido bien desde entonces. Y mi modesta colaboración —modesta en tiempo y en saber, pero nada modesta en entusiasmo sincero— ha sido desde hace ya largos años y continúa siendo, una de las tareas más satisfactorias de mi vida profesional.

El trabajo con el Equipo de Atención Temprana de niños con deficiencias visuales me ha permitido tomar contacto y trabajar con una clínica «verdadera», con problemas que confrontan al ser humano con sus límites y también con sus impresionantes potencialidades.

Uno de los retos, probablemente el más importante, en la atención a la salud mental de los niños reside en la **detección precoz** de los problemas. Cuando los niños salen de su marco familiar, enfrentándose con el medio social o escolar, y se ponen a prueba sus mecanismos adaptativos y, por tanto, la fortaleza de su psiquismo, aparecen, o pueden aparecer, sus trastornos. Y para entonces ya se ha perdido un tiempo precioso en las posibilidades de resolución de los problemas.

En el caso de los niños con deficiencias visuales, esa detección precoz es posible como consecuencia de la atención prestada a su déficit instrumental. De esta manera la deficiencia visual se convierte en el motor de la atención global al desarrollo del niño.

De la misma manera, la participación imprescindible del entorno familiar del niño, padres y/o cuidadores primarios, en la atención especializada al niño deficiente visual, proporciona un escenario único para la intervención en los vínculos del niño y en sus posibles disfunciones.

El trabajo de Rosa Lucerga y María Jesús Sanz constituye un documento fundamental para adentrarse en las vicisitudes del desarrollo de los niños con deficiencias visuales. Además de su amplísima experiencia —plasmada en el libro que es por ello un trabajo vivo, asentado en la práctica cotidiana y no un texto meramente académico aportan una posición teórica que comparto en toda su extensión.

Esta base teórica, que sustenta tanto esta obra como su práctica diaria, está en concordancia con las teorías más actuales sobre el desarrollo psicológico.

El primer punto de interés a señalar en el planteamiento de las autoras es **su concepción del desarrollo en forma integrada**, en donde los aspectos instrumentales y cognitivos están inextricablemente unidos a los aspectos emocionales. Hoy ya no es posible considerar separadamente al sujeto de aprendizaje del sujeto psíquico global. Los niños que tienen dificultades para aprender, las presentan también, y previamente, para relacionarse con el

medio y consigo mismos. Por ello, el tratamiento de los trastornos de aprendizaje debe tener en cuenta esa dimensión.

El segundo punto que hace esta obra importante es la **comprensión del niño como objeto de interacción**. Hoy no es posible atender a la conflictiva infantil, tanto desde el punto de vista diagnóstico como desde el terapéutico y preventivo, si no es atendiendo también a las modalidades relacionales que tiene con su medio, y fundamentalmente en etapas precoces, con su familia. Estas modalidades relacionales están condicionadas tanto por el niño, con su dotación de base, como por los padres, con su estructura de personalidad y sus modos de representación de la realidad.

Estos dos puntos quedan perfectamente resumidos en palabras de las autoras:

«Hemos elegido como objeto de estudio el desarrollo emocional de los niños ciegos por dos razones: por la importancia que hoy sabemos que tiene como motor del desarrollo general y como fundamento de la constitución del ser humano, como integrador de la persona en todas las dimensiones de su crecimiento.

Y porque los principales riesgos que amenazan la organización psíquica del niño ciego son precisamente los de orden emocional. Sólo un buen desarrollo emocional permite dar coherencia al conjunto de las conductas al desarrollo de la acción.

Si mantener el esfuerzo que conllevan los avatares de la vida resulta costoso para cualquier sujeto, esto si cabe cobra especial significado para un sujeto con discapacidad. En tal sentido, el plus de esfuerzo que tiene que soportar éste, sólo es posible desde un desarrollo emocional sano, que le permita mantener la motivación, el deseo...

Para ser capaz de sostener este esfuerzo, el niño tiene que poder hallarle un sentido, lo que sólo puede hacer desde el sentido que los padres le dan a él, desde el proyecto que éstos tienen y procuran para su hijo».

La gran experiencia de las autoras, así como su rigor teórico, hacen esta obra imprescindible para todos aquellos que trabajan en la atención a niños deficientes visuales, y no solamente en atención temprana, así como a todos los profesionales de la salud mental infantil.

Marian Fernández Galindo

Psiquiatra. Exvicepresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA)

[Volver al Índice / Inicio del Prólogo](#)

INTRODUCCIÓN

Desde 1981, hace ahora más de 20 años, hemos trabajado en un Servicio de Atención Temprana a niños deficientes visuales. A lo largo de este tiempo hemos ido configurando, gracias a lo que otros profesionales supieron transmitirnos y a lo que de los niños y sus familias aprendimos, una idea de lo que creemos puede acontecer en los primeros años de la vida de un bebé con una discapacidad visual severa y en su entorno familiar y cuáles son algunas de las claves que le impiden, a veces, crecer sin otros handicaps que los estrictamente inherentes a su déficit visual.

Este libro responde al deseo, a la necesidad, personal quizá, de plasmar nuestra experiencia profesional, de recoger de una forma sistemática muchas horas de reflexión y debate, muchas preocupaciones y otras tantas alegrías.

Pero además, con él pretendemos poner a disposición de otros profesionales que, como nosotras, trabajan con niños deficientes visuales, una visión globalizada de su desarrollo. Una visión que en lo posible facilite la comprensión del niño ciego y el significado de algunas de sus conductas.

El título del libro, «Puentes invisibles», alude a las claves que permiten comprender los avatares que un bebé sin visión y su madre atraviesan hasta poderse querer y entender. Estas claves son los vínculos que ellos sean capaces de establecer, los puentes que puedan tenderse, y el carácter invisible, que éstos vínculos tienen. Son invisibles porque son latentes y nacen en el mundo interno, en el mundo de los deseos y los sentimientos, y son en parte inconscientes; además entre el niño ciego y su madre hay algo más invisible...

El nacimiento de un hijo ciego moviliza en los padres procesos psíquicos que condicionan lógicamente la relación con él. Esta circunstancia da lugar, a veces, a una serie de reacciones encadenadas que, lamentablemente, pueden ocasionar detenciones o desviaciones en el desarrollo, pudiendo llegar a configurarse, en los casos más graves, cuadros psicóticos. Es nuestra intención, con esta publicación, ayudar a identificar esas conductas sintomáticas al objeto de prevenir, en lo posible, otras patologías que, aún siendo secundarias a la deficiencia visual, pueden estar condicionadas indirectamente por ella.

No pretendemos en estas páginas realizar un estudio sobre áreas específicas del desarrollo aunque obviamente aludiremos a aspectos evolutivos y a conductas concretas. Existen ya bastantes publicaciones sobre áreas específicas: lenguaje, motricidad, manipulación, etc. y algunas guías de desarrollo, que es necesario conocer para intervenir con niños con deficiencia visual. Pero en esta ocasión no se trata tanto de «trabajar con» como de «comprender a». De tratar de entender por qué a veces a los niños con una discapacidad y a sus padres se les hace difícil establecer esos «puentes invisibles», relaciones suficientemente buenas, en palabras de Winnicott.

En un principio, también nosotras nos sentimos obligadas a fijarnos, de forma

algo obsesiva quizá, en conductas, en ítems, en desarrollos curriculares...

Progresivamente, nuestra propia evolución personal, el contacto con los niños y sus familias, la reflexión sobre la experiencia que íbamos acumulando, la supervisión de los casos clínicos, la lectura de las publicaciones que han ido apareciendo y, en general, la propia evolución de la concepción de la atención temprana nos llevó a poner más énfasis en la comprensión del desarrollo y de la evolución de los niños hasta poder llegar a hacerse personas en toda la amplitud de esta dimensión.

Sin duda, disponer de listados curriculares es muy necesario, como ya hemos apuntado, pero ceñirnos a ellos es quizá fruto del sistema defensivo de los profesionales, ya que plantearse los porqués suele ser una tarea más comprometida y que pone en tela de juicio nuestro «saber» con cada niño y en cada situación. Por muchos años de experiencia que tengamos, cada vez que nos situamos ante un nuevo niño, una nueva familia, cada vez que iniciamos un nuevo proceso de acompañamiento nos enfrentamos ante algo desconocido y lo desconocido genera ansiedad.

En nuestros comienzos, por ejemplo, nos preocupaban mucho los movimientos estereotipados que realizaban los niños ciegos, descritos en la literatura específica como una conducta habitual. Con el tiempo nos fuimos dando cuenta de que estas conductas estereotipadas respondían a motivos bien diversos: ansiedad, aburrimiento, confusión, etc. y de que en sí mismas podían no tener importancia alguna. Vimos claramente que era más importante comprender los procesos subyacentes a estas conductas, los motivos que hacían que el niño acudiera a ellas, que tratar de corregirlas sin más.

Esto es frecuente por ejemplo con los retrasos de lenguaje, en los que se acude inmediatamente a los servicios de logopedia antes de haber examinado con qué guarda relación ese trastorno.

Los currículos detallados ayudan a describir las diferentes áreas del yo, pero ayudan poco a la comprensión del niño en su evolución como persona. Ante un problema, que se manifieste durante el desarrollo de un niño, pararse y poder pensar por qué está ocurriendo, es más importante a nuestro juicio que dar soluciones inmediatas y concretas. Estas soluciones suelen estar referidas frecuentemente a un aspecto parcial de la conducta observable, pero no nos permiten alcanzar una comprensión más global de las causas de dicha conducta manifiesta.

Hoy pensamos que el sentido último de la Intervención Temprana es la prevención de alteraciones del desarrollo que se suman innecesariamente al propio déficit y la potenciación máxima de las capacidades del niño. Pero uno y otro objetivo resultan inabordables si no atendemos a los procesos emocionales que están aconteciendo en su entorno y especialmente en la madre o la persona que ejerza de figura de cuidados.

Esto es, partimos de que la relación niños-progenitores, que se establece de una forma relativamente espontánea en el caso de bebés sanos, puede verse

condicionada por la presencia de una discapacidad, y particularmente por la ceguera, y no solamente por la propia disfunción sino por todos aquellos aspectos, conscientes o inconscientes, culturales o privativos de cada sujeto, que sobre la misma inciden.

Aunque esta concepción de la atención temprana, que acepta y toma en cuenta los aspectos relacionales, ha ido cobrando fuerza y está hoy cada vez más generalizada, de hecho todavía en muchas ocasiones seguimos asistiendo a un concepto del desarrollo, según el cual, el niño es poco más que un receptor de estímulos, que debe ir integrando y utilizando con posterioridad desde una perspectiva de aprendizaje de conductas. Esta perspectiva olvida que la constitución como sujeto pasa obligatoriamente por el desarrollo emocional, por la mirada del otro, que el bebé depende de ese otro que le sostiene y le introduce en el mundo exterior y en la relación ínter subjetiva.

En este caso parece que, en teoría al menos, es universalmente admitido que los aprendizajes que el niño tiene que realizar sólo son posibles «desde la intervención mediatizadora y significativa de la función materna» (Tallis y otros, 1995), y esta función puede resultar amenazada cuando hablamos de un niño con una deficiencia.

De acuerdo con la concepción de L. Coriat en Atención temprana «no se trata de *reparar* sistemas nerviosos o de colocar informaciones en su debido lugar... sino de ofrecerle al niño la posibilidad de recuperar o construir su lugar como persona» (Tallis op. Cit.). Según esta misma autora, no deberíamos confundir «sujeto psíquico» con «yo» (entendiendo este término como la zona de mediación con lo real). El fin de la atención temprana sería propiciar la *emergencia*, la aparición de un sujeto del deseo; el deseo pertenece al campo de lo emocional y obviamente cae fuera del mundo de los aprendizajes.

Por nuestra parte, tras dos décadas de trabajo continuado en este campo, defendemos un modelo de trabajo en atención temprana que, sin olvidar los aspectos informativos y habilitadores, preste una especial atención a los movimientos emocionales que están teniendo lugar en los escenarios intrapsíquicos e intersubjetivos del bebé y sus padres. Fenómenos que no siempre son conscientes, y que pueden suponer un serio obstáculo a programas de intervención para el desarrollo cuidadosamente elaborados.

Todos los profesionales que trabajamos con familias hemos podido comprobar, en numerosas ocasiones, que resulta estéril informar sobre lo inadecuado de una determinada conducta o sobre la importancia de una práctica determinada para lograr una adquisición funcional. E incluso, que puede llegar a resultar contraproducente insistir en una determinada orientación cuando comprobamos que algo está impidiendo a los padres o al niño llevarla a cabo. Los motivos no explícitos suponen un serio obstáculo a la buena marcha de muchos programas detalladamente elaborados.

Somos plenamente conscientes de que este modelo de atención que proponemos hoy aquí, aun siendo compartido ya por algunos Equipos, no es un modelo inmediatamente generalizable, y que requerirá todavía años de

andadura. Sin embargo, si como parece demostrarse en los últimos trabajos sobre el desarrollo del psiquismo infantil, las representaciones parentales inciden tanto directa como indirectamente en la personalidad del niño, tendremos que admitir que los profesionales que trabajamos con población infantil, y particularmente los que trabajamos con población infantil con alguna discapacidad, deberemos estar atentos a este mundo latente que está teniendo lugar en las personas significativas que rodean al niño y particularmente en la figura de apego, y que se plasman en conductas quizá sutiles pero observables.

Este modelo tendría una doble vertiente: la preventiva y la habilitadora, la psicopedagógica y la psicoterapéutica.

Creemos, sinceramente, que el manejo de esta problemática no resulta fácil y que requiere una formación específica y una infraestructura adecuada.

Existen ya numerosas disposiciones legales y declaraciones marco de organismos internacionales que reconocen el derecho del niño discapacitado a recibir una atención especializada desde los primeros años de la vida y establecen algunos criterios de cómo debe ser ésta.

Muchos países europeos también cuentan ya con másters universitarios en atención temprana que proporcionan una formación general en este ámbito.

Por otra parte disponemos ya de alguna experiencia acumulada en atención temprana a niños ciegos y con baja visión. Por ello creemos que estamos en un momento propicio para, apoyándonos en este marco general de atención a la infancia, ir construyendo un cuerpo teórico sobre la atención a niños con deficiencias visuales; y acordar un perfil profesional que nos permita dar respuesta a las particulares circunstancias que afectan a este colectivo.

En cualquier caso, el profesional de atención temprana debe adoptar una disposición tal, que permita la escucha emocional del niño y de sus padres y dé entrada a las realidades psíquicas que, de forma más o menos consciente, son las que motivan las conductas observables.

Quizá estas declaraciones no tengan hoy el eco suficiente, dados los valores culturales en alza en las sociedades actuales. La ansiedad, la insatisfacción, los sentimientos de miedo o de inseguridad, por poner algún ejemplo, tienden a obviarse o a resolverse hoy de manera inmediata. Somos reticentes a emplear tiempo y energía en el análisis de los fenómenos psíquicos, que sin embargo en buena medida determinan nuestra vida. Habitualmente, en un intento infructuoso de evitar el sufrimiento, se prefiere acudir a los fármacos, al alcohol, a otras drogas, o a una actividad desmedida, a menudo enajenadoras, en vez de reflexionar sobre el porqué de esos fenómenos y tomar contacto con las ideas y los sentimientos propios. Esta solución fácil puede tentarnos a todos cuando nos enfrentamos a situaciones de frustración, como es sin duda la discapacidad de un bebé.

Las propias instituciones tienden a cubrir más las necesidades de tipo funcional

e incluso, desde una actitud bienintencionada, ponen al servicio de sus usuarios o asociados cuantos recursos puedan disponer. Pero en la práctica resulta excepcional hallar en las instituciones una disposición verdadera, que integre en su cultura estos aspectos y les lleve a arbitrar recursos suficientes para atender estas dimensiones.

Hemos elegido como objeto de estudio el desarrollo emocional de los niños ciegos por dos razones:

Por la importancia que hoy sabemos que tiene como motor del desarrollo general y como fundamento de la constitución del ser humano, como integrador de la persona en todas las dimensiones de su crecimiento.

Y porque los principales riesgos que amenazan la organización psíquica del niño ciego son precisamente los de orden emocional. Sólo un buen desarrollo emocional permite dar coherencia al conjunto de las conductas y al desarrollo de la acción.

Si mantener el esfuerzo que conllevan los avatares de la vida resulta costoso para cualquier sujeto, esto si cabe cobra especial significado para un sujeto con discapacidad. En tal sentido, el plus de esfuerzo que tiene que soportar éste, sólo es posible desde un desarrollo emocional sano, que le permita mantener la motivación, el deseo...

Para ser capaz de sostener este esfuerzo, el niño tiene que poder hallarle un sentido, lo que sólo puede hacer desde el sentido que los padres le dan a él, desde el proyecto que éstos tienen y procuran para su hijo.

Con mucha frecuencia, incluso en el ámbito profesional, se suelen atribuir retrasos evolutivos, conductas inadaptadas y síntomas claramente psicopatológicos a los déficits orgánicos, en este caso visuales, cuando en realidad éstos se deben a alteraciones psíquicas propias del desarrollo emocional de cada sujeto.

Está ya descrita en la literatura específica sobre deficiencia visual, y desgraciadamente lo seguimos constatando hoy en día, la vulnerabilidad que la ceguera supone para desarrollar patologías psicológicas graves secundarias al déficit visual. Ahora bien, dado que la privación visual no es en sí misma un factor determinante para el desarrollo de estos cuadros, tendremos que acudir para su explicación a otros factores, y conocer el camino que nos lleve a su prevención. Son precisamente estos aspectos los que queremos tratar en el presente libro.

No obstante, a pesar de que la ceguera, como acabamos de decir, no es en sí misma un factor determinante de la patología psicológica, sí es cierto que constituye un factor de riesgo, precisamente por los procesos de orden emocional que provoca en su entorno, fundamentalmente en su entorno familiar, en los primeros años de vida.

Por ello nos vamos a referir principalmente a niños con ceguera total o con una

discapacidad visual grave en los primeros dos años de vida, ya que, aunque algunos de estos niños puedan desarrollar posteriormente algún grado de funcionalidad visual, la ceguera y a veces el diagnóstico de ceguera durante este periodo les coloca en una situación de riesgo similar.

En consecuencia con el planteamiento general que acabamos de hacer, presentamos este libro estructurado en tres apartados generales:

En el primero de ellos presentamos una síntesis de los principales autores de línea dinámica, que se han ocupado del desarrollo emocional de los niños en los primeros años de vida.

Es importante tener presente que el niño ciego, como tal niño, tiene que llevar a cabo el proceso de estructuración de su psiquismo, para lo cual deberá atravesar las mismas fases del desarrollo emocional que los demás niños, aunque lo haga con algunas particularidades.

En segundo lugar nos centraremos en aspectos específicos del desarrollo del niño ciego. Partiremos de las fases sucesivas del desarrollo emocional infantil e iremos viendo de qué manera el niño con una deficiencia visual grave las va superando. Nos centraremos en conductas observables de las distintas áreas del desarrollo e iremos analizando cuándo éstas son expresión de un desarrollo adaptado, que, si bien resulta peculiar del niño ciego, son indicadores de un crecimiento sano, y cuándo son indicadores de posibles desviaciones o detenciones del mismo.

Esta sección es de particular relevancia cara al objetivo de prevención, propio de la intervención en estas primeras edades.

Por último reservamos la tercera parte del libro para referirnos a los padres de los niños deficientes visuales, protagonistas en la crianza del niño y figuras indispensables para el proceso de estructuración psíquica de los hijos.

Este trabajo es el resultado de la observación e intervención en más de 200 niños deficientes visuales y sus familias a lo largo de estos veinte años de dedicación a la atención temprana.

En los comienzos de nuestro trabajo fuimos recogiendo aquellas conductas y actitudes que nos resultaban peculiares y que nos nacían cuestionar su significado. Durante varios años llevamos a cabo seminarios periódicos de equipo; supervisamos muchos niños con alteraciones de personalidad con otros profesionales expertos en salud mental infantil, y contrastamos nuestras apreciaciones con lo descrito en la literatura.

Como fruto de todo ello, hemos ido ampliando nuestro conocimiento sobre las peculiaridades del desarrollo emocional de los niños sin visión. Hemos podido sistematizar, en alguna medida, aquellos factores que amenazan el establecimiento de una relación «suficientemente buena» entre el niño ciego y su madre, identificando los periodos críticos de este proceso, las conductas observables que resultan indicadores de una alteración del desarrollo y

aquellas otras que, por muy peculiares que puedan parecer, resultan adaptativas y están al servicio del crecimiento del niño.

Obviamente queda mucho por saber. Este trabajo es sólo una contribución más en el largo camino que lleva a conocer los intrincados motivos del alma humana para poder establecer puentes con sus semejantes.

Si algún mérito tiene este libro es el de estar escrito por personas que hemos visto cómo muchos padres establecen eficazmente estos puentes y consiguen comprender y amar a sus hijos, aunque este proceso pueda haber resultado difícil y no haya estado exento de dolor.

[Volver al Índice / Inicio de la Introducción](#)

Capítulo 1

Desde lo intrapsíquico a lo intersubjetivo

Este capítulo resultará quizá superfluo para aquellos lectores familiarizados con los conceptos básicos de la psicología dinámica y con las teorías de la interacción. Ellos podrán obviar su lectura y pasar directamente a los aspectos específicos referidos a la deficiencia visual.

Sin embargo, creemos que para aquellas personas que trabajen en ámbitos relacionados con la educación infantil y que por cualquier razón no tengan formación en estas materias este capítulo puede serles de bastante utilidad, sobre todo si contribuye a despertar su interés por conocer más ampliamente las teorías de los autores a los que se hace referencia ¹.

En él presentamos una síntesis breve de los principales conceptos, desarrollados por distintos autores interesados en la emergencia y el desarrollo del psiquismo humano en los primeros años de la vida. Lógicamente nos centraremos sólo en aquellas cuestiones que en nuestra opinión sean relevantes para poder analizar a continuación qué ocurre cuando el bebé nace privado de visión.

Sabemos que este paseo rápido por los diferentes autores puede restar exactitud y que perderemos buena parte de la riqueza con la que los mismos abordaron las diferentes cuestiones. Pero los lectores interesados podrán ir a las fuentes y subsanar así nuestro atrevimiento.

Nuestra insistencia en incluir aquí estas referencias generales tiene su porqué: Primero y principal porque carece de sentido aludir a los avatares del desarrollo emocional de los niños ciegos sin referirlos a los condicionamientos del desarrollo emocional general.

Las leyes del psiquismo humano son universales. Lo que cambia son las circunstancias en las que cada sujeto debe enfrentarse a la vida. Por eso creemos que es imposible comprender a los niños con una u otra discapacidad sin comprender a los niños.

¹ Este capítulo ha sido elaborado a partir de las obras originales de los autores, cuyas teorías se presentan resumidas ([ver bibliografía](#)) y de las siguientes obras:

Diccionario de Psicoanálisis. Laplanche, J. y Pontalis, J.B.; *El desarrollo afectivo e intelectual del niño*. Golse, B. y otros; *Les psychoanalistes et le développement de l'enfant*. Raffy, A.

Y en segundo lugar porque sabemos que desgraciadamente con bastante frecuencia los profesionales de la educación, especial y no especial, permanecen alejados de las leyes de lo emocional, como si los amores y los odios, las penas y las alegrías, la cólera, la envidia, el miedo... tuvieran poco que ver con los aprendizajes, con los objetivos curriculares, con las programaciones.

El motivo de encuadrarnos en el marco de la psicología dinámica es porque han sido estos autores los que han otorgado reconocimiento al mundo psíquico del niño y se han ocupado de los procesos del desarrollo emocional y del papel que las interacciones tienen en ellos.

Pasemos pues sin más dilación a esbozar al menos algunas de esas aportaciones.

1. Freud (1856-1939)

Comenzaremos, como no podía ser de otra forma, por revisar algunas de las aportaciones de Sigmund Freud, fundador del psicoanálisis y autor ineludible en el marco de la cultura occidental, y particularmente al referirnos al desarrollo emocional de los niños.

En su obra Freud realiza una descripción cronológica del desarrollo en estadios sucesivos: oral, anal y fálico o uretral, que tienen lugar antes de que el niño acceda a la genitalidad.

Los estadios se suceden en función de la primacía de las diferentes zonas erógenas, relacionadas con las correspondientes funciones biológicas.

«Los estadios no son pura y simplemente superados, sino que se trata meramente de una sucesión de temáticas prevalentes, sostenidas por una zona erógena determinada, una elección de objeto y un nivel de relación objetal específicos.» (Glose, B. 1987).

El estadio oral tiene lugar durante el primer año de vida del bebé. La zona erógena es la boca. La función principal durante este período es la incorporación, tanto de los alimentos como de los estímulos senso-perceptivos.

El objeto pulsional está representado por el seno materno o por sus sustitutos, los biberones por ejemplo. En principio, la función alimentaria es la que sustenta la libidinización de la zona oral, aunque este placer primario se extiende a otras actividades que tienen lugar en torno a la alimentación, como son el chupeteo o la exploración oral. El placer de esta etapa por tanto proviene, por una parte, de la incorporación del alimento y, por otra, de la estimulación autoerótica de la zona oral.

Autores posteriores (Abraham, citado en Glose, B. 1987) han dividido este período en dos subperíodos:

El primero de ellos incluiría los seis primeros meses de la vida del bebé. El

bebé es aún muy pasivo y la fuente de satisfacción, el pecho materno o su sustituto, no es todavía reconocido como un objeto exterior. En este período el tener y el ser no están claramente diferenciados y el niño siente que se autoabastece.

El segundo subperíodo, que abarca entre los seis y los doce meses aproximadamente, se ha denominado período sádico-oral. Coincide con la aparición de la dentición y de una función nueva: la capacidad de morder.

En este período suele producirse el destete y el cambio a la alimentación con cuchara. Con este nuevo tipo de alimentación se concluye la forma anterior de alimentarse, que suponía una continuidad en la satisfacción de la necesidad siendo el bebé el que podía succionar o dejar de hacerlo cuando él quisiera y pasa a una nueva forma, discontinua, dependiendo ahora del ritmo que la madre impone en la administración de las cucharadas.

Esto, más la nueva capacidad de morder, que de alguna manera es una función más agresiva, va a dar entrada a una nueva fase también en lo emocional, caracterizada por la aparición de la ambivalencia.

En este segundo subperíodo oral el niño toma conciencia de los objetos exteriores y de sí mismo. El objeto ya se ve como claramente exterior y el niño puede diferenciar entre el adentro y el afuera.

El período anal se desarrolla durante el segundo año de vida. La zona erógena es el esfínter anal y todo el tracto intestinal. La función biológica predominante es la defecación. En esta edad va a llevarse a cabo el control de esfínteres y el niño va a experimentar con la retención y la expulsión de las heces.

En torno a esta actividad biológica el niño experimenta sensaciones de control sobre algo que él considera de su propiedad. Este control en la relación con los demás, que ya reconoce como diferentes a sí mismo, da lugar a un período de máxima ambivalencia, ya que este objeto puede conservarse o expulsarse, y puede tener diferente valor.

El niño en este período puede sentir y manejar sus heces como algo bueno que regala a los demás o como algo malo que utiliza para controlarles y castigarles, cuando siente que los adultos que le cuidan esperan de él que lo entregue.

El período anal fue subdividido también por Abraham en dos sub-períodos, que coinciden con las dos funciones anteriormente aludidas: el período anal expulsivo, que se extiende a lo largo del tercer semestre de la vida, y el anal retentivo, que tiene lugar en el cuarto semestre.

En un nivel simbólico, Freud describe en este período el conocido juego del carrito, según el cual, el niño fantasea un cierto poder relacional sobre el otro (presencia/ausencia de la madre).

El período fálico se extiende a lo largo del tercer año de vida y es inmediatamente anterior al despliegue de la problemática edípica. La zona

erótica prevalente es el pene y la función biológica correspondiente a este período es la micción.

Tiene, igual que en las fases anteriores, una dimensión autoerótica y una dimensión relacional. Este aspecto relacional sigue siendo del mismo orden que en la fase anterior. El pene no es un órgano estrictamente genital, sino que su aspecto fantaseado, el falo, simboliza la fuerza o el poder.

Tanto para las niñas como para los niños el único órgano sexual es el falo y, en la fantasía infantil, éste puede perderse o puede crecer.

El niño en esta etapa toma conciencia de la diferencia de los sexos y se articula en torno a si se tiene o no se tiene pene. Conflicto todavía primordialmente narcisista. Esto es, conflicto referido aún a sí mismo y no a la relación con el otro.

A la vez, es el estadio en el que se despierta y se manifiesta la curiosidad por la sexualidad y es la etapa en la que se elaboran las teorías sexuales infantiles. Esta curiosidad será, según Freud, el fundamento y el inicio del interés por saber.

Es un período de afirmación del yo. La angustia predominante de esta etapa es la angustia de castración. Aunque, como venimos diciendo, se trata de una perspectiva narcisista más que objetal. De este tipo de angustia serían reflejo las pesadillas y las fobias, que son tan frecuentes y, por otra parte, normales a esta edad.

Posteriormente, Lacan dirá ², respecto a la angustia de castración, que se puede dar en todas las etapas del desarrollo y que se manifestará de un modo u otro en cada estadio. En este sentido entenderíamos por castración toda pérdida o toda falta real o simbólica. Este tema adquiere particular relevancia cuando hablamos de los niños con una discapacidad, como más adelante iremos viendo.

El período edípico se extiende entre los cuatro y los siete años aproximadamente.

En el mismo, el niño consigue un nivel de relación con el otro, como un objeto total, diferenciado y sexuado. El conflicto central del niño en esta etapa es que pretende prolongar la relación bipersonal con uno de los progenitores y aspira a la exclusión del otro, pero a la vez se da cuenta de que este deseo resulta irrealizable por el castigo que ello conllevaría. El temor al castigo precisamente va a dar lugar a una nueva organización psíquica, según Freud.

Nos referimos a la constitución del superyo, por interiorización de las prohibiciones parentales y a través de los procesos identificatorios, que tendrán un papel particularmente relevante en la formación del ideal del yo.

² En Glöse, B. 1987.

En esta etapa se supera el autoerotismo primitivo y se consigue la orientación hacia los objetos exteriores. Y supone una etapa decisiva porque en ella se instaura la prevalencia del ser sobre el tener. Ahora ya no se trata de tener o no tener el pene, sino de ser un hombre o una mujer, según se hayan interiorizado las imágenes parentales, con toda la carga relacional que ello implica.

La orientación identificatoria que el niño realice, así como la resolución de los conflictos edípicos van a depender de la problemática inconsciente de los padres, pero también de las contingencias exteriores que ocurran en ese momento: divorcio de los padres, el nacimiento de un nuevo hermano, etc.

La renuncia que supone superar el complejo de Edipo sobreviene a otras renunciaciones previas que el niño ha debido de ir haciendo, como son: la renuncia oral, es decir renunciar a ser el objeto; la renuncia anal, o sea renunciar a controlar el objeto. El niño renuncia a todo esto sobre la base de un aplazamiento, una esperanza en que más adelante él podrá tener una relación con un otro, y podrá mantener una relación parecida a la que hoy mantienen sus padres.

Una vez resuelto el complejo de Edipo, la angustia de castración se suaviza y las figuras parentales amenazantes pierden la peligrosidad que adquieren en esta etapa de la vida.

Respecto a la estructura de la personalidad, Freud ofrece dos concepciones que describen sus componentes y que se conocen como tópicos.

En la **primera tópica** describe tres tipos de contenidos mentales: los conscientes, los preconsciouses y los inconscientes.

Los contenidos conscientes guardan relación con el sistema perceptivo. El estado consciente es transitorio, cualquier idea o sentimiento permanece en nuestra conciencia durante un tiempo limitado y se desvanece inmediatamente después. Los procesos conscientes se someten a las reglas del pensamiento lógico.

Los contenidos preconsciouses pueden acceder a la conciencia sin gran esfuerzo del sujeto y estuvieron en otros momentos en ella.

Los contenidos inconscientes, en cambio, no acceden a la conciencia con tanta facilidad, aunque pueden hacerlo en determinadas condiciones, como ocurre por ejemplo en los sueños o tras un trabajo del sujeto que supone vencer algunas resistencias. Estos contenidos no se someten a las reglas espaciotemporales del pensamiento lógico.

Sin embargo, muchas veces condicionan y motivan el comportamiento de la persona sin que ella misma tenga noción de aquellos. En relación con el tema que nos ocupa, la discapacidad, son precisamente estos contenidos los que condicionan en buena medida las relaciones paterno-filiales y provocan en ocasiones las alteraciones en el desarrollo del niño.

En la **segunda tópica** Freud propone tres estructuras que integrarían el aparato psíquico, que interactúan de forma dinámica.

— *El ello*

El ello es la parte más antigua del aparato psíquico, es un reservorio de energía, está encargado de mantener un nivel constante de excitación y procura para ello satisfacer las pulsiones. Está integrado por contenidos inconscientes, heredados e innatos. Es el imperio de los deseos inconscientes y se rige por el principio del placer; los deseos más contradictorios buscan satisfacerse simultáneamente.

- *El yo*

El yo es el responsable de la adaptación del sujeto al mundo exterior. Su función esencial es la autoconservación. Se rige por procesos conscientes, preconscientes e inconscientes. Actúa de mediador entre el ello y el mundo exterior y decide cuándo y cómo han de satisfacerse los impulsos provenientes del ello. Está en conflicto entre las demandas del ello que exige la satisfacción de las pulsiones, el mundo exterior que le obliga a someterse al principio de realidad y el superyo que le impone una serie de normas morales. Trata de evitar el displacer y responde con una señal de angustia cuando la tensión se incrementa.

Es por esta posición que debe emplear una serie de mecanismos de defensa, de orden inconsciente, que le van a permitir la adaptación a la realidad sin desatender tampoco los requerimientos del mundo intrapsíquico.

— *El superyo*

El superyo es la instancia psíquica que se forma más tardíamente. Se forma a partir del yo como una diferenciación del mismo. Se constituye por el proceso de interiorización de las normas morales y culturales transmitidas por los demás y particularmente por las figuras parentales. Tiene por tanto funciones de auto observación y conciencia moral, pero tiene además una función estimulante, cuando ejerce de «ideal del yo». Estas normas morales están representadas por la autoridad paterna y progresivamente se independizan de ella, pasando a formar parte de un sistema más propio del sujeto. En la actualidad se admite que esta autoridad paterna no siempre es ejercida por el padre real y que otras figuras pueden también llevarla a cabo.

El «ideal del yo» es la parte del superyo que recoge el modelo a seguir por el yo a través de los procesos de identificación. Está constituido pues por identificaciones con valores positivos que el yo querría conseguir.

En resumen, el superyo tendría dos dimensiones: una función más coercitiva, ligada a las normas y prohibiciones, y otra más estimulante ligada con las aspiraciones a valores positivos.

2. Melanie Klein (1882-1960)

Melanie Klein es una de las autoras pioneras en el tratamiento clínico de niños pequeños. Realizó aportaciones inestimables en el conocimiento del psiquismo infantil, aunque por tratarse de conceptos relacionados con las experiencias más tempranas de la vida, han suscitado mucha polémica. Referimos a continuación únicamente algunos conceptos que estimamos ineludibles para aproximarnos al mundo emocional de los bebés, y que también resultan útiles para comprender muchos conflictos de la vida adulta.

La teoría kleiniana se articula sobre dos conceptos centrales que se refieren a los primeros **estadios** del desarrollo. Klein postula dos etapas fundamentales, caracterizadas respectivamente por dos posiciones: la esquizoparanoide y la depresiva.

«Posición» implica un conjunto de mecanismos de defensa, un tipo particular de relación de objeto y un tipo particular de ansiedad.

Las posiciones anteriormente aludidas aparecen y caracterizan las fases más tempranas del desarrollo, el primer año de vida, pero no son exclusivas de este período sino que resurgen posteriormente durante toda la infancia, en la adolescencia y en la vida adulta ante determinadas condiciones.

Así estos conjuntos de ansiedad, relación y defensas constituyen dos tipos de organización psíquica que quedarán inscritas en el sujeto.

Durante la fase esquizoparanoide coexisten las pulsiones libidinales y las agresivas y éstas son especialmente intensas. Según Klein, el trauma del nacimiento, el instinto de muerte y el conjunto de frustraciones a las que el niño tendrá que ir enfrentándose constituyen los conflictos básicos de esta etapa.

El instinto de muerte es conceptualizado en Klein como agresión. Ante esa carga destructiva interna, el bebé se defiende depositando fuera una parte de esa agresividad en el objeto que haya podido ocasionarle una determinada frustración, convirtiéndose entonces en un objeto «malo». El objeto se convierte en perseguidor en el momento en que no satisface todas las necesidades del bebé. Esto favorece también la proyección del mencionado instinto de muerte sobre el objeto.

En la fase esquizoparanoide, el bebé no reconoce personas, sino que se relaciona con aspectos parciales, el objeto es un objeto parcial y se encuentra excindido en bueno y malo y, según Klein, no sólo en la medida en que gratifique o frustre, sino principalmente en la medida en la que el bebé proyecte sobre él su amor o su odio.

Así, en este proceso, el bebé proyecta lo agresivo, lo malo y teme en consecuencia el posible ataque que éste pueda hacerle. En otros momentos, el bebé proyecta la pulsión libidinal, lo bueno, sobre el objeto, que quedaría idealizado. Este objeto bueno idealizado cumplirá una doble función: satisfacer de forma ilimitada las necesidades del bebé y protegerle de los objetos malos perseguidores. Esta operación es la llamada por Klein mecanismo de idealización.

La ansiedad predominante de esta fase es la ansiedad persecutoria y predominan los procesos de escisión. El bebé utiliza para defenderse dos mecanismos más: la negación y el control omnipotente del objeto. El mecanismo de negación tiene por finalidad negar toda realidad al objeto persecutorio. El control omnipotente del objeto estaría dirigido a mantener una fantasía de que el objeto actuará en función de los deseos del bebé y perderá su peligrosidad como objeto independiente.

La fase depresiva comienza hacia la mitad del primer año. Coincide con una serie de cambios que afectan por una parte al objeto y al yo y por otra a las pulsiones.

El paso de la fase esquizoparanoide a la fase depresiva se produce cuando se atenúa el mecanismo de escisión y el bebé toma conciencia de que lo bueno y lo malo están juntos en el mismo objeto. Con este descubrimiento pierde por una parte su propia omnipotencia y por otra parte el objeto idealizado. El bebé teme dañar al objeto a la vez que es consciente de necesitarlo y teme que el objeto desaparezca a causa de las fantasías agresivas hacia él.

La ansiedad propia de este período es la depresiva. Se refiere al peligro fantaseado de destruir y perder a la madre a consecuencia del sadismo del sujeto.

En esta fase se utilizan principalmente dos tipos de defensas encaminadas a combatir la angustia depresiva: la defensa maníaca y la defensa de reparación.

Las defensas maníacas son una primera elaboración que comprendería una identificación con el objeto ideal. En consecuencia el sujeto no necesita al otro, no teme su pérdida y niega la dependencia del mismo. El objeto queda así desvalorizado haciéndose más soportable su pérdida. Esta defensa, que en principio es adaptativa, resulta patológica si se utiliza como única forma de elaboración.

La reparación supone ya una elaboración positiva del duelo. El mecanismo empleado está basado en la necesidad de restituir el objeto que se considera dañado. El bebé desea reparar, no sólo por los aspectos relacionados con la agresión y el miedo, sino porque, desea conservar el amor de la madre.

La posición depresiva implica un reconocimiento de la realidad psíquica y del dolor que provoca esa realidad y reconocer a su vez el límite y las posibilidades de reparar. Si el sujeto no consigue aceptar los límites de lo reparable y no pudiera soportar el dolor que esta aceptación ocasiona, podría entrar en un mecanismo de reparación maníaca. Por este mecanismo, el sujeto supone que se puede reconstruir el objeto perdido, idealizado, evitando así sentir ansiedad y culpa.

La posición depresiva está caracterizada como un estado de duelo, sería el primer duelo, y según como se elabore, así serán las futuras elaboraciones de otros duelos. Tanto en el bebé como en el adulto una de las formas de elaborar

el duelo es mediante el juicio de realidad. Así alrededor del año, el niño comprueba que la madre desaparece pero vuelve a aparecer y puede llegar a aceptar que la madre no está siempre con él sin que esto implique su desaparición debida a una agresión fantaseada.

3. Winnicott (1896-1971)

Médico pediatra, elabora su teoría, dispersa en multitud de artículos, exposiciones y conferencias, tras una larga experiencia clínica que le permitió observar muchos niños en interacción con sus madres.

Estos datos biográficos marcan quizá una diferencia cualitativa entre Winnicott y los autores anteriores. Tanto Freud como Klein observaron pacientes en un marco clínico, o sea trabajaron fundamentalmente con patologías, mientras que Winnicott disfruta de una posición como médico pediatra que le permite observar la evolución del psiquismo sano en un colectivo muy amplio de niños.

La aportación específica de la obra de Winnicott es su contribución a la comprensión del desarrollo del niño en interacción con su medio ambiente. Él decía que el potencial innato de un recién nacido sólo puede convertirse en niño si se le unen los cuidados maternos, que no hay persona humana sin una figura de cuidados. No obstante concede un peso específico a los aspectos constitucionales que van a conformar las tendencias innatas hacia la integración y el crecimiento que cada individuo tiene y que son diferentes en cada uno de ellos.

Entre las principales aportaciones que realiza Winnicott al conocimiento del desarrollo humano, mencionamos:

Su forma de categorizar el proceso de crecimiento, que va desde «la dependencia absoluta» hasta la fase que él denomina: «hacia la independencia», entendiéndolo siempre que el individuo jamás va a llegar a una situación de independencia absoluta sino que sigue relacionándose con el medio ambiente de manera que se establece una relación de «interdependencia».

Las fases de este proceso, llamadas también categorías, son: «fase de dependencia absoluta», «fase de dependencia relativa» y «hacia la independencia».

En la primera fase toma protagonismo la noción de «la preocupación maternal primaria». Según Winnicott, los cuidados maternos presuponen «la identificación de la madre con el lactante». Es decir, una capacidad muy particular de empatía para saber lo que necesita el recién nacido.

..Ésta es una identificación proyectiva, ya que el yo del lactante no existe aún y la madre coloca en él lo que ella supone que está necesitando. Según Winnicott esta capacidad de empatía se va forjando paulatinamente durante el embarazo, período durante el cual la madre evoluciona progresivamente hacia ese estado que él denomina «preocupación maternal primaria».

El autor define este estado como «enfermedad normal». Este estado permitiría esa sensibilidad tan particular que suelen tener las madres durante las primeras semanas posteriores al nacimiento del bebé. Así, las madres pueden, temporalmente, renunciar a otros intereses personales y dedicar toda su energía a la relación con el recién nacido.

Esta identificación, que progresivamente va siendo menos proyectiva, implica, en la línea de la salud, una capacidad para interpretar empáticamente las señales que el bebé emite a fin de poder satisfacer sus necesidades. En algunos casos, la madre sólo refleja su propio estado de ánimo, o la rigidez de sus propias defensas o, simplemente, no responde al bebé. En estos casos el niño no tiene ningún reflejo de sí mismo y se imposibilita o se dificulta el intercambio con el mundo exterior. En este sentido, Winnicott consideró las psicosis infantiles como el resultado de los cuidados maternos fallidos o inadaptados durante los 18 primeros meses de la vida aproximadamente.

Winnicott alude a tres aspectos que se incluirían en el marco de los cuidados maternos, como posibilitadores de la maduración del yo del niño: «el holding», que se refiere a la forma en que se sostiene al bebé, «el handling», la manera en que es manipulado durante las maniobras de la crianza, y «el object-presenting», o el modo como el adulto le presenta los objetos del entorno.

Según Winnicott el mantenimiento físico del niño por la madre es la base de otros muchos aspectos más complejos. El «holding» cumple una función de protección contra todas las experiencias, a menudo angustiosas, que el bebé siente desde el nacimiento. Si el «holding» es regular y suficiente se preserva el sentimiento continuo de existir del niño y se posibilita su maduración.

A través del «handling», es decir, de la experiencia repetida que el bebé tiene de los cuidados corporales, se lleva a cabo el proceso psicósomático por el que el yo se funda en un yo corporal. A este proceso lo denomina Winnicott «constitución de una realidad psíquica interna» que se produce a medida que se va estableciendo un interior y un exterior del que la piel será la membrana fronteriza y un esquema corporal cada vez más amplio.

Según Winnicott, la maduración se realiza en tres procesos:

1. El proceso de integración, que conduce al niño a un estado de unidad, es la constitución del yo y del self como consecuencia del *holding*.
2. El proceso de personalización o interrelación psicósomática, o sea, la instalación de la psique en el soma y el desarrollo del funcionamiento mental, consecuencia del *handling*.
3. El proceso de construcción de las primeras relaciones objétales, que permite la capacidad de utilizar el objeto.

Estos tres procesos están interrelacionados y los tres participan en la

constitución del yo y permiten al niño llegar a lo que Winnicott llama «la capacidad de estar solo». Esta capacidad es uno de los signos más importantes de una maduración satisfactoria y sería sinónimo de madurez afectiva. Para conseguir esta capacidad es preciso pasar por sucesivos estadios. Al principio es imprescindible la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que ella ofrece, lo que permite una experiencia positiva de soledad en tiempos muy cortos. Hacia los seis meses el niño interioriza a la madre soporte del yo, lo que le permite estar efectivamente solo, sin tener que acudir necesariamente a ella. Más adelante, el niño progresará hacia la independencia y su capacidad de estar solo evoluciona paralelamente con el establecimiento de relaciones a tres, mientras que adquiere el sentido de la responsabilidad y de la autonomía a través de la experiencia de las relaciones interpersonales en la familia y en la sociedad.

Uno de los conceptos básicos de Winnicott, ampliamente admitido por los autores que se ocupan de la interacción desde una perspectiva dinámica, es el de «la madre suficientemente buena». Este concepto está ligado a las fases del desarrollo emocional descritas por Winnicott.

La madre, al principio, hace una identificación total con el bebé de forma que el yo de la madre toma el lugar del yo del niño aún inexistente y, desde esta posición, comprende lo que al niño le ocurre. A medida que el bebé crece y empieza a disponer de recursos, hacia los cinco o seis meses, comenzaría la segunda etapa, llamada fase «de dependencia relativa». En ella la madre empieza a tener «carencias de adaptación menores», o sea la madre ocasiona ya algunas pequeñas frustraciones y deja de responder al bebé con tanta inmediatez; pequeñas desadaptaciones que son necesarias para la diferenciación, la maduración afectiva y la creación de la imagen mental.

La madre suficientemente buena es, para Winnicott, la que sabe hacer esperar a su bebé el tiempo necesario para desear, pero no tanto que el niño se vea desbordado en sus posibilidades adaptativas.

Otra de las aportaciones de Winnicott es el concepto de objeto transicional. Los objetos transicionales son objetos materiales elegidos por los niños pequeños entre la multitud de objetos con los que conviven. Acuden a ellos en distintas circunstancias durante el día y les resultan imprescindibles a la hora de irse a dormir. Por ejemplo un oso de peluche, un pañuelo de tela...

Tendrían una función similar los «fenómenos transicionales», gestos o sonsonetes que el niño emplea con el mismo carácter ritualizado.

Estos objetos o fenómenos transicionales conservan su valor durante mucho tiempo y después dejan de ser significativos para el niño, aunque pueden retomarse en momentos o etapas de depresión.

Según Winnicott, el recurrir a objetos de este tipo constituye un fenómeno normal, que permite al niño efectuar la transición entre la primera relación oral con la madre y la verdadera relación de objeto.

Constituye una parte casi inseparable del niño pero, a la vez, es la primera «posesión de algo que no es yo».

El objeto transicional todavía no es un objeto netamente diferenciado del sujeto, «pertenece al terreno de la ilusión», y no pertenece del todo a la realidad interior ni a la exterior.

Permite al niño mantener la ilusión de control sobre el objeto mientras está llevando a cabo su proceso de separación de la figura de cuidados y representa aspectos parciales buenos de la misma. De aquí su función tranquilizadora y de acompañamiento.

Por último, merece la pena aludir también a un concepto de Winnicott que ha sido incorporado por muchos autores para explicar un tipo de organización psíquica patológica y que hemos visto en algunos niños con discapacidad visual. Nos referimos al concepto de «falso self».

El falso *self* es una organización reactiva que en principio está al servicio de la adaptación, siempre que permita la supervivencia del *self* verdadero. Tiene pues para todos los individuos una función defensiva, la de ocultar y proteger al *self* verdadero.

En el ámbito de la salud, el falso *self* se halla representado «por toda la organización de la actitud social, cortés y bien educada, por un no llevar el corazón en la mano». Resulta pues imprescindible para ganar un lugar en la sociedad, que nunca puede conseguirse mediante el «verdadero ser a solas», y requiere haber podido renunciar a la omnipotencia infantil y al pensamiento primario en general.

Esta organización defensiva protegería al verdadero *self* y ayudaría al sujeto a adaptarse al mundo exterior, pudiendo así participar de lo íntimo y de lo social.

Sin embargo, en casos patológicos este falso *self* ahoga al verdadero. En estos casos la persona no puede conectarse con las partes más internas suyas y no puede sentirse vivo.

4. Margaret Mahler (1897-1985)

Psicoanalista americana de origen austriaco, trabajó primero en un centro de orientación infantil en Viena y posteriormente se trasladó a Estados Unidos donde desarrolló el resto de su vida profesional. En Nueva York creó un centro para niños psicóticos, lo que le proporcionó una importante experiencia con niños gravemente perturbados y posteriormente se interesó e investigó con población infantil general y sus madres.

La aportación básica de la teoría de Mahler es su hipótesis de que la condición humana tiene un origen de carácter simbiótico y que cualquier sujeto debe pasar, posteriormente, por un proceso ineludible de separación-individuación.

Para comprobar sus hipótesis diseñó situaciones de observación en las que los

niños estuvieran en condiciones lo más naturales posibles, simulando una situación de guardería. Seleccionó fenómenos elegidos por su trascendencia en el proceso del desarrollo y observó extensa y sistemáticamente las reacciones de los bebés en presencia y ausencia de la madre.

Mahler diferencia entre el hecho del nacimiento biológico y el nacimiento psicológico, que no coinciden en el tiempo. Mientras que el nacimiento biológico se da en un momento determinado, el nacimiento psicológico es un proceso intrapsíquico que se va desarrollando lentamente.

La autora denomina a este proceso «proceso de separación-individuación», a lo largo del cual el individuo alcanzaría el sentimiento de estar separado del mundo exterior y podría relacionarse e interactuar con esa realidad física y social.

Este camino hacia la separación-individuación es un proceso continuo que nunca puede darse por concluido. La separación y la individuación son dos procesos paralelos» que van cursando de manera simultánea. La separación hace referencia a un logro intrapsíquico, en el que el individuo se siente separado primero de la madre y después del exterior en general. El proceso de individuación es un logro intrapsíquico por el que el sujeto siente que es algo distinto, adquiere conciencia de un yo personal y reconoce sus características como propias.

Seguir a Margaret Mahler resulta de especial interés para el tema que nos ocupa en el presente libro, dado que nos permite constatar los procesos intrapsíquicos de orden emocional a través de una observación objetiva de las conductas manifiestas de los niños.

Además identifica las dos perturbaciones más graves de la identidad en la infancia: el autismo infantil y la psicosis simbiótica. Perturbaciones que son también los mayores riesgos que amenazan a los bebés ciegos o con discapacidad visual grave. Retomaremos este punto más adelante, cuando abordemos el capítulo de conductas adaptadas a la ceguera y señales de alarma.

A medida que las investigaciones realizadas por Mahler y sus colaboradores fueran avanzando, formularon una propuesta más detallada del desarrollo emocional infantil. En concreto diferencian tres fases: autismo normal, simbiosis normal y separación-individuación, estando esta última dividida en cuatro subfases.

Veamos ahora más detenidamente los procesos que tienen lugar en cada uno de estos períodos, aunque los transcribiremos nuevamente en el **capítulo 3**, para situar las conductas de los niños privados de visión que resultan adaptativos a la discapacidad y los que son indicadores de posibles desviaciones de su desarrollo.

— *La simbiosis*

En las primeras semanas de vida el bebé está inmerso en un período de

«autismo», en el que predominan procesos fisiológicos más que psicológicos. Podría hablarse de una ausencia relativa de catexia de los estímulos externos. Su finalidad es facilitar el crecimiento fisiológico y mantener el equilibrio homeostático.

En este período, denominado por Mahler «fase de autismo normal», el bebé pasa la mayor parte del tiempo en un estado de semi-sueño-semivigilia. Se despierta únicamente por las tensiones provocadas por necesidades biológicas no satisfechas: hambre, frío, dolor... y, una vez aliviadas estas tensiones, el bebé vuelve a su estado semiuterino.

Hacia el final del segundo mes tiene lugar el paso hacia la fase simbiótica. Vendría dado por una oscura conciencia de que parte de la satisfacción de las necesidades proviene de algo fuera de sí mismo.

La barrera protectora de los estímulos del período anterior empieza ya a hacerse más receptora.

En la fase simbiótica el bebé y su madre funcionan como una unidad dual, como un sistema omnipotente, con un límite unitario común.

Frente al período autístico, y por la propia evolución neurológica, en esta fase el niño ya puede reconocer diferenciadamente los estímulos que proceden del interior o del exterior, aunque la madre es reconocida únicamente como una parte de sí mismo, que él puede controlar.

Durante este tiempo la madre, desde el proceso de identificación primaria, concepto al que nos hemos referido al hablar de Winnicott, colabora a esta simbiosis con su conducta de adivinar las necesidades del niño y responder a ellas inmediata y adecuadamente. Es ahora también cuando las imágenes del yo y del objeto comienzan a conformarse a partir de las experiencias emocionales placenteras y no placenteras y de las percepciones globales que se asocian con ellas.

Parfraseando a Mahler, la necesidad se transforma gradualmente en un deseo y más tarde en el afecto específico ya ligado a un objeto.

— *La diferenciación*

Es el primer subperíodo de la fase de separación, que se inicia entre el cuarto y el quinto mes. Vendría marcado por la madurez neurofisiológica del bebé, que le permite estar más permanentemente alerta cuando está despierto.

El niño dispone de más tiempo para permanecer en contacto con el exterior y para tener nuevas experiencias.

A partir de los seis meses, aparecen los primeros intentos de experimentar más activamente con la separación, fundamentalmente de la madre. Conductas que así lo ponen de manifiesto son: poner el tronco erguido y separarlo del cuerpo de la madre para contemplarla; jugar con objetos personales de la madre

como su collar o sus pendientes; desprenderse de los brazos de la madre e iniciar las verdaderas separaciones físicas.

Hacia los seis o siete meses de edad tiene lugar, según Mahler, un período de apogeo de la exploración manual, táctil y visual del rostro de la madre y de las distintas partes de su cuerpo, cubiertas y desnudas. Estas pautas explorativas del bebé en esta edad, se desarrollarán más tarde para dar lugar a la función cognitiva de verificar lo no familiar en oposición a lo ya familiar. Esta experimentación permite el reconocimiento de la madre y el inicio de su individuación. Sólo entonces puede dedicarse a una prolongada exploración de los otros, siempre en referencia con ella. Son la curiosidad y el asombro los elementos predominantes en el examen de los extraños. Estos elementos sólo se ponen al servicio del conocimiento si ha existido una confianza básica suficiente en la fase simbiótica, que proporciona la base sólida desde la cual se puede salir con confianza al mundo de los otros.

La ansiedad aguda ante los extraños, como conducta predominante en este período, vendría dada por una relación desajustada durante la fase simbiótica.

Recordemos de nuevo a Winnicott, que sitúa también en este período la aparición del objeto transicional, precisamente como puente entre la madre y el mundo externo; primer intento de simbolización de la madre concreta.

El proceso intrapsíquico de separación-individuación transcurre por dos vías interrelacionadas: el de la individuación o evolución de la autonomía del niño (percepción, memoria, cognición y la prueba de realidad) y el de la separación (diferenciación, distanciamiento, formación de límites y la desvinculación de la madre).

«Los fenómenos conductuales de superficie del proceso de separación-individuación pueden observarse en infinitas variaciones sutiles como concomitantes del desarrollo intrapsíquico en curso» (Mahler, 1977).

La situación óptima sería aquella en que las funciones del yo, que sirven a la individuación, corren parejas con la conciencia de separación y da diferenciación de la madre.

— *La ejercitación locomotriz*

El período de ejercitación se extiende entre los 10 y los 18 meses aproximadamente. Viene determinado por la posibilidad del niño de separarse activamente de su madre. La separación física es posible gracias a la adquisición de dos conductas motrices claves: el gateo y la marcha autónoma.

Tres desarrollos simultáneos confluyen en el camino hacia la individuación: «la diferenciación corporal de la madre, el establecimiento de un vínculo específico con ella y el desarrollo y funcionamiento de los aparatos autónomos del yo» (Mahler, 1977).

El interés por la madre se extiende al mundo de los objetos, aunque ella sigue

siendo para el niño su principal centro de interés y la sigue necesitando como referencia estabilizadora.

No obstante, es un momento de expansión en el que el niño está en idilio con el mundo. La característica principal de esta subíase es el investimento que el niño hace de la movilidad, más que la adquisición de las habilidades motrices en sí mismas. «La catexia libidinal se desplaza sustancialmente y pasa al servicio del yo autónomo en rápido desarrollo y de sus funciones, y el niño parece embriagado por sus propias facultades y por la magnitud de su propio mundo» (Malher, op. cit.)

Comprueba sus recursos y disfruta de su autonomía y, al tiempo, se da cuenta de que puede permanecer a una cierta distancia de la madre.

En los comienzos de la deambulación el placer de experimentación es tal, que el niño vive momentos de omnipotencia ajeno a los peligros e ignorando incluso el propio daño físico.

«En el mes que sigue al logro de la locomoción activa libre, la afirmación de la individualidad avanza a pasos agigantados. Esto parece ser el primer gran paso hacia la formación de la identidad». (Malher, op. cit.)

— *El acercamiento*

Se extiende entre los 18 y los 24 meses.

Tras la adquisición de la marcha autónoma y el comienzo de la inteligencia representativa, el ser humano se constituye como una entidad individual.

Con el desarrollo de las facultades cognitivas y la progresiva diferenciación de su vida emocional, disminuye la impermeabilidad del período anterior a la frustración, aumenta la conciencia de la ausencia de la madre y se observa un incremento de la ansiedad de separación.

Este temor, que al principio es a la pérdida de la madre concreta, después será temor a perder su amor.

El deseo de independencia y la conciencia de ser un sujeto separado provoca en el niño una fuerte ambivalencia que se manifiesta principalmente en dos conductas: la de huida y la de acercamiento activo a la madre. Estas conductas indicarían tanto el deseo del niño de reencontrarse con el objeto como el temor de ser reabsorbido por él.

El anterior sentimiento de omnipotencia y de negación de los peligros del entorno va cediendo y el niño toma conciencia cada vez más clara de que debe enfrentarse al mismo por sus propios medios con recursos relativamente escasos y sintiendo que no siempre puede obtener ayuda, incluso aunque lo exprese verbalmente.

El niño se da cuenta de que sus padres son individuos separados de él, con

sus propios intereses, teniendo que abandonar dolorosamente su fantasía de omnipotencia.

Sólo la disponibilidad emocional de la madre y que ella misma sea capaz de animar e impulsar el crecimiento permite esta renuncia a cambio de desarrollar otras capacidades funcionales.

Es necesario una postura activa de la madre para fomentar la separación del niño y posibilitar su independencia.

Esta disponibilidad de la madre se corresponde a una actitud confiada en el niño que le permite ir activamente a su búsqueda y poder asimismo separarse voluntariamente.

Recordemos también que es en esta fase cuando el niño puede reconocer su propia imagen en el espejo y la de su madre, lo que supone un paso fundamental en la configuración de su identidad.

Con el advenimiento al lenguaje el sujeto se incorpora en el mundo de lo social y de la norma pero a costa de haber debido renunciar a su omnipotencia y a sus deseos más primarios.

— *Individualidad y constancia objetal emocional*

A lo largo del tercer año de vida tiene lugar la última de las sub-fases de este proceso. Al finalizar el período anterior se observa una disminución de la ansiedad de separación y de la necesidad de control y tienen lugar algunos fenómenos que dan entrada a la fase de «consolidación de la individuación». Algunas adquisiciones permiten al niño «funcionar a mayor distancia» y contribuyen a su creciente individuación.

Entre las más significativas estarían:

- El desarrollo del lenguaje que permite la designación de objetos y la expresión de deseos con palabras específicas. El nombrar objetos parece proporcionar al niño un mayor sentimiento de capacidad de controlar el ambiente (Katán 1961). En esta época aparece también el pronombre personal «yo», estrechamente relacionado con la configuración de la identidad.
- Una cierta internalización de imágenes buenas de identificación con las figuras parentales, así como de algunas exigencias y normas puestas por los padres.
- Y el progreso en la capacidad de expresar deseos y fantasías a través del «juego simbólico».

Así, a partir de los 30 meses aproximadamente, el niño entra en esta nueva etapa, en la que debe realizar dos tareas básicas: «el logro de una individualidad definida y en ciertos aspectos vitalicia» y «el logro de un cierto grado de constancia objetal».

La constancia objetal implica, por una parte, que el niño ha podido interiorizar la imagen de la madre relativamente estable, que permite sustituir su presencia concreta y, por otra, que en esa figura se han podido integrar los aspectos buenos y malos. Se reconoce a la madre pues como una sola figura que algunos momentos gratifica y en otros momentos frustra resultando un único objeto de amor.

El establecimiento de la constancia objetal afectiva no puede equipararse con el logro cognitivo de «objeto permanente», aunque este último es indispensable para que tenga lugar la constancia emocional.

La representación intrapsíquica de la madre debe poder estar disponible en el curso del tercer año para poder proporcionar al niño consuelo y bienestar, aún en su ausencia física. El que esto llegue o no a suceder está dependiendo directamente de cómo se han ido produciendo las etapas anteriores. Si ha habido una predominancia de experiencias positivas, el niño podrá contrarrestar sus sentimientos y sus impulsos de odio y de agresividad, y la imagen global resultará protectora favoreciendo un crecimiento sano.

Aunque en esta etapa el ser humano puede integrar al otro como persona total, el mantenimiento de esta constancia emocional del otro es una tarea que lleva toda la vida y que en momentos de crisis se rompe e interfiere en un funcionamiento verdaderamente adulto.

Este logro es fundamental en la estructura psíquica. Hasta este momento el conflicto de la separación se libra en el exterior, en el mundo de la acción. Hay conductas exigentes y coercitivas hacia la madre para forzarla a que funcione como una extensión omnipotente que se alternan con signos de aferramiento desesperado. Desde que tiene lugar la constancia de objeto emocional los conflictos pasan a formar parte del mundo interno del niño.

A la vez, el niño va pudiendo interiorizar las exigencias de los padres, comenzando con ello la formación del superyo o instancia psíquica que regulará su comportamiento. Recordemos que en esta época tiene lugar el control de esfínteres y en la que los padres ponen normas y límites a la conducta del hijo.

El niño pasa del temor a perder a la madre al de perder su amor. Es decir, el niño se somete a la norma para lograr el amor de Los padres.

Respecto al camino hacia la individualidad, en esta etapa se produce el descubrimiento de la identidad sexual, núcleo básico en la configuración de la identidad global.

En este período se dan logros del yo que le hacen cada vez más independiente y capaz. La más importante, sin duda, es la comunicación verbal. El lenguaje oral cobra progresivamente primacía sobre los lenguajes paraverbales.

Es la etapa fundamental de desarrollo del juego. Se vuelve más planificado y

constructivo. Hay un comienzo del juego de fantasía. Recordemos que el juego constituye un medio muy especial por el que el niño se expresa al tiempo que se adapta al mundo y a las exigencias de la norma.

Comienza a desarrollarse un sentimiento del tiempo y de las relaciones espaciales y con ello una mayor capacidad para tolerar la demora de la gratificación y para soportar la separación. Conceptos como «más tarde» o «mañana» se han vivenciado en relación a las «idas y venidas» de la madre, pero ahora pueden usarse como organizadores de la experiencia.

A todas estas funciones cognitivas habría que incorporar «la prueba de realidad». El niño es más capaz de discernir la realidad externa de sus deseos.

Todos estos avances conviven, lógicamente con posiciones anteriores como resistencia activa a las exigencias de los adultos, cierto negativismo, o deseos poco realistas de independencia, posiciones importantes, en cualquier caso, para el desarrollo del sentimiento de identidad. Estas adquisiciones, junto con la interiorización de la imagen de la madre predominantemente buena y el sentimiento de ser valioso porque siente el amor de los padres, permitirán un verdadero crecimiento. Hacia los 3 años y medio o 4 vemos un niño con una estructura emocional psíquica bastante similar a la de la persona adulta.

5. Los interaccionistas

Durante el primer tercio del siglo XX los estudios sobre el desarrollo emocional y la formación de la personalidad, que coinciden fundamentalmente con los trabajos de Freud y Klein, otorgan un peso específico mucho mayor a las representaciones intrapsíquicas y al mundo inconsciente que a la realidad exterior.

En el ámbito del psicoanálisis, la observación directa de hijos y madres se ha estado desarrollando desde finales de la década de los años cuarenta. Rene Spitz y Ana Freud fueron los primeros que estudiaron la conducta de los niños que se encontraban separados de sus padres.

Con los estudios de Mahler y Winnicott, sin negar el valor del mundo interno, empieza a cobrar mucho más relieve el ambiente que rodea al bebé y su influencia en la constitución y el desarrollo del psiquismo humano. Hasta el punto de que, como ya hemos mencionado, Winnicott consideraba que el ser humano no podría constituirse como tal sin una figura de cuidados.

Dentro de esta tendencia destacan las aportaciones de Bowlby, a partir de las cuales se inicia una amplia investigación sobre las conductas, no sólo de los bebés humanos, sino de otras especies animales. Basándose en los estudios con primates realizados por los etólogos, [Bowlby \(1976\)](#) formula su teoría del apego. Concibe el apego como una pulsión primaria desligada de la necesidad de alimentarse. Hasta ahora se pensaba que el bebé se aproximaba a la madre y se apegaba a ella porque satisfacía la necesidad de comer, o sea porque calmaba el hambre del bebé. Harlow demuestra, en un famoso experimento con primates, que buscan el apego con madres artificiales cubiertas de felpa,

aunque sean nutridos por madres artificiales hechas con una estructura de alambre; o sea el cachorro es alimentado por la figura de alambre pero busca cobijo en la figura revestida de felpa.

En todo caso no es hasta la década de los años sesenta cuando empiezan a aparecer investigaciones que dan un giro en la interpretación de la interacción madre-bebé y en la significación que ellas tienen sobre la organización del psiquismo infantil. Uno de los terrenos más sorprendentes descubiertos por las investigaciones recientes es el relativo a las capacidades sensoriales del recién nacido, y particularmente a sus capacidades sensoriales interaccionantes.

En tal sentido merece destacarse el estudio exhaustivo de Brazelton sobre las competencias de los neonatos y de sus capacidades para la interacción.

A esta nueva concepción de la interacción contribuyeron algunas investigaciones de orden neurológico en las que se aportaron definiciones sobre los estadios de sueño-vigilia y se observaron algunos momentos especialmente aptos para la interacción, determinados no sólo por la dinámica de la relación madre-bebé, sino por el propio estado fisiológico de este último.

Por esta época se emplea una metodología posibilitada por los avances tecnológicos que permitieron realizar filmaciones en vídeo de secuencias breves de interacción y realizar observaciones muy minuciosas de la conducta.

Estos estudios sobre las competencias de los neonatos y sus estados neurológicos de sueño-vigilia ocasionan una nueva concepción de la relación madre-bebé. La interacción se entiende, ya no como una influencia unidireccional del adulto sobre el bebé, sino como una influencia mutua, como un sistema de retroalimentación. En esta concepción, el bebé influye a la madre y ésta a aquél, y cada una de las respuestas modifica a su vez el comportamiento de cada uno de los miembros de la diada.

El término interacción fue utilizado por primera vez por Bowlby en su artículo «La índole del vínculo del hijo con su madre», que publicó en 1958.

Los estudios etológicos tuvieron una gran influencia y sus métodos se generalizaron en las investigaciones con humanos.

El punto de vista etológico nos ha hecho apreciar la capacidad de los recién nacidos y su activa adaptación a la interacción. Bowlby se basa en la etología al describir el carácter muy activo de las conductas de vínculo de los bebés. De la etología proviene la noción de la competencia del bebé y su influencia sobre la persona que lo cuida. Se pasa entonces a ver al bebé como un participante activo, que modula el proceso de la interacción, mientras que el pensamiento psicoanalítico anterior hacía hincapié en la dependencia del bebé respecto a la madre y en la necesidad de gratificación, a efectos de mantener bajo control la tensión instintiva.

Parece claro que la tendencia actual es entender que tanto las características constitucionales del bebé como la organización del ambiente externo

condicionan su desarrollo psíquico. En este sentido Palacio-Espasa refiere que «si bien las peculiaridades interactivas del bebé toman sus raíces en su propia biología, las posibilidades de organización de la experiencia que permite el desarrollo del bebé, dependen esencialmente de la cualidad del ajuste interactivo con la madre» (prólogo de Palacio-Espasa al libro «La madre y su bebé» de Díaz Rosselló, J.C. y otros, 1989).

Bell desarrolló el concepto de reciprocidad proponiendo una verdadera bidireccionalidad desde el comienzo de la vida en las interacciones. Los experimentos a «cara inmóvil» (Brazelton, 1961 y Tronick, 1978) en los que se rompe la reciprocidad de la madre que el niño espera, demuestran cómo éste confía en su eficacia para atraer a la madre y cómo retrae su comportamiento si ella no le responde con reciprocidad.

En la actualidad Cramer, Brazelton, LeVobici y otros autores abandonan en parte este análisis molecular de las conductas en unidades de tiempo muy reducidas para volver a un análisis más global del comportamiento. En esta última línea de investigación, se vuelve a dar importancia, no sólo a lo que ocurre en la conducta observable, sino que se recupera el interés en estudiar y comprender los porqués de la conducta.

Dos aportaciones muy significativas son las de Stern y LeVobici, que pretenden hacer compatible las aportaciones que provienen de los trabajos sobre observación de la conducta con la interpretación de ésta y de sus motivaciones inconscientes.

Stern hace una diferenciación clara entre interacción y relación. Interacción es la conducta observable para un tercero. La relación sería más compleja. Incluiría el recuerdo de interacciones previas, la representación que de la propia interacción tiene la madre... Implica por tanto otros niveles fantasmáticos no directamente observables: los miedos, los anhelos, etc. Esta representación a su vez está basada en la propia experiencia de la madre con su propia madre como figura de cuidados. Según [Stern \(1998\)](#), esta representación se reflejaría en lo que él llama «redes de modelos de estar con», que harían que la madre esté con su hijo, básicamente tal como fue vivida la relación con su propia madre en su experiencia previa.

El mundo representativo de los padres es el primer elemento que debe estudiarse, ya que estas representaciones parentales desempeñan un papel importante en las relaciones con sus hijos. Queda claro que el mundo mental existe y tiene un papel importante en la determinación del carácter de la relación que mantienen los padres con el bebé. Resulta útil pensar en la situación clínica en términos de mundos paralelos: el mundo externo real y objetivable y el mundo mental, subjetivo e imaginativo de las representaciones. Existe el bebé real en brazos de su madre y el bebé imaginado por la mente de esa madre. También existe la madre real que sostiene al bebé y la mujer que en ese momento se imagina como madre. Este mundo representativo no sólo comprende las experiencias parentales de las interacciones actuales con el bebé, sino también sus fantasías, sus esperanzas, sus temores, los recuerdos de su propia infancia, el propio modelo parental y las profecías sobre el futuro

del niño.

Levovici, otro de los autores que ha estudiado en profundidad la psicopatología de la primera infancia y de las interacciones precoces, distingue en la interacción tres niveles:

- Un primer nivel que podríamos llamar comportamental referido a conductas observables, corporales, tales como la mirada, las vocalizaciones, etc.
- El segundo nivel o dimensión afectiva, que sería la tonalidad afectiva y la sintonía. Es decir el placer o displacer que experimentan cada uno de los miembros de la interacción: la tristeza, la indiferencia, la inseguridad, etc. O la sintonía afectiva, que describía Stern como una experiencia compartida.
- En el tercer nivel estaría la dimensión fantasmática, concepto también compartido por Kreisler y Cramer en la que, lo comportamental es una manifestación del mundo interno de la madre, en gran medida inconsciente.

Este concepto tiene especial interés en la clínica y en la prevención, pues agrupa todo lo que de inconsciente, más o menos estimulado o sugerido por la conducta y características del bebé, tiene la conducta de la madre hacia él. [Cramer y Palacio-Espasa \(1993\)](#) han puesto de manifiesto a través de sus terapias madre bebé, cómo los cambios a nivel psíquico de la madre se han traducido en notables y rápidos cambios en el comportamiento del niño.

La interacción sería el resultado de la constitución y el estilo de conducta del bebé y la respuesta que la madre da, según la interpretación que hace de esa conducta, basada en su propio mundo interno y en sus propias fantasías y representaciones previas.

Hemos visto como, avanzando en el conocimiento sobre el nacimiento y el desarrollo psíquico del ser humano, se ha ido dando progresivamente más importancia al objeto, al otro, en la constitución del sujeto, del yo. Este fenómeno se ve reflejado en la teoría psicoanalítica que evoluciona desde la concepción kleiniana, en la que el otro tenía una importancia relativa, a una nueva corriente que pone mayor énfasis en el papel de ese otro sobre la constitución del sujeto.

Puede decirse que la interacción vendría a ser el vehículo a través del cual el objeto influye en el sujeto y condiciona su formación. El sujeto se iría construyendo sobre sus posibilidades constitucionales en este intercambio, en el que las emociones suscitadas sufrirán diferentes vicisitudes, dando lugar a posteriores conflictos y a la estructura básica de la personalidad. El objeto, por su parte, estará influido en la interacción por sus propios conflictos conscientes e inconscientes.

[Volver al Índice / Inicio del Capitulo](#)

Capítulo 2

El establecimiento de los primeros vínculos. Peculiaridades en niños con discapacidad visual

Todo niño al nacer se encuentra inmerso en un mundo, más o menos desorganizado, que tendrá que ir asimilando y al que deberá de ir adaptándose progresivamente (en términos piagetianos) sobre la base de un programa biológico adecuado para ello.

En los niños con ceguera, de ese programa, falta la función visual, encargada durante los primeros meses de vida de llevar a cabo la función sintetizadora de la experiencia; de ser receptora de información y que resulta en sí misma fuente de estimulación y de contacto con el entorno.

Para poder asimilar el mundo exterior, para adaptarse al mismo y para ir consiguiendo las conductas concretas que marcan su desarrollo, el niño ciego se ve obligado a hacer algunos rodeos, a la búsqueda de caminos alternativos de adaptación; ya que los previstos para sus compañeros videntes resultan, en muchas ocasiones, impracticables para él.

Cabría pensar que son los adultos más próximos al niño, los padres, quienes deben ayudarle a buscar estas vías alternativas. Sin embargo, el ambiente más inmediato, la familia, con mucha frecuencia, no está en disposición de poderlo hacer. A veces por no disponer de información suficiente y, en muchas ocasiones, por estar sufriendo un bloqueo emocional que puede llevar a paralizaciones o a intervenciones contraproducentes. Situaciones, por otra parte comunes y naturales ante el nacimiento de un hijo con una discapacidad como más adelante veremos.

El objetivo de una intervención precoz sería entonces ayudar al niño con discapacidad y a su familia a encontrar estas nuevas formas de adaptación y conseguir, en la medida de lo posible, el crecimiento armónico del niño sin otros handicaps que los estrictamente inherentes a su déficit visual.

El no intervenir a tiempo, en el caso de los niños con ceguera, puede llevarles a retrasos o detenciones del desarrollo, a veces con secuelas irreversibles, que, en los casos más graves, pueden llegar a configurarse como cuadros psicóticos.

Desde esta concepción de la intervención temprana, el trabajo preventivo debe estar dirigido prioritariamente a las familias, aunque no podemos obviar la importancia del trabajo terapéutico con el propio niño. Son estas posibles alteraciones, secundarias a la deficiencia visual pero no necesariamente derivadas de ella, las que deben prevenirse en los servicios de atención temprana o, si fuera necesario, en los centros de salud mental, desde una intervención cualificada y cuidadosa.

En los niños con deficiencia visual, podríamos aglutinar estas dificultades

iniciales en torno a dos ejes:

En lo perceptivo-cognitivo, el déficit visual impone una seria limitación para interpretar buena parte de la realidad exterior y para poder integrar los estímulos que le llegan de forma sesgada o incompleta.

En lo emocional, la privación de la mirada como código universal de contacto y de comunicación condicionará muy significativamente la relación del bebé con sus padres.

Esta situación de partida coloca al niño en una situación de riesgo que, en combinación *con* otros factores psicosociales, determinarán su evolución.

El motivo que nos llevó a escribir este libro fue, sin duda, el de explicitar, en la medida de lo posible, los múltiples factores, conscientes o no, que están condicionando la relación del niño ciego con sus padres y que inevitablemente van a determinar su desarrollo.

A este tema dedicaremos el grueso del presente trabajo, pero hemos considerado ineludible incluir aquí, aunque sea muy someramente una síntesis de factores perceptivo-cognitivos, que inevitablemente determinan la forma en que el niño sin visión conoce el mundo exterior.

Recojemos a continuación en un brevísimo esquema las cuestiones principales que en el orden perceptivo-cognitivo, interfieren en el desarrollo del niño deficiente visual.

1. Aspectos perceptivo-cognitivos

— Analizadores distales y proximales

La cualidad y cantidad de la información que los seres humanos perciben a través de las distintas vías sensoriales son bien diferentes.

La imposibilidad de utilizar una de estas vías, en nuestro caso la visual, obligará al sujeto a organizar la realidad a partir de la información que recibe por las restantes vías sensoriales; información que resultará, inevitablemente, en alguna medida, sesgada.

Algunos sentidos nos permiten obtener información remota y no es preciso que los estímulos estén en contacto directo con el sujeto. A estos sentidos se les ha denominado analizadores distales. Incluyen el sentido del oído y la vista y recogen gran parte de la información exterior.

Los analizadores proximales requieren un contacto directo con los estímulos. Recogen también información exterior pero tienen especial relevancia en la propioceptividad y en impresiones muy primarias.

Veamos algunas características propias de las tres vías perceptivas más importantes de la percepción sensorial.

La vista posibilita la constatación de una realidad continuada en el tiempo, que permanece separada del sujeto. Esto es, permite observar y organizar coherentemente la secuencia temporal de los acontecimientos del mundo exterior y darles sentido.

Un bebé vidente de ocho meses aproximadamente comprueba sin mucho esfuerzo cómo su madre manipula y prepara su comida, la coloca en su papillera, la pone sobre la mesa y después le toma en brazos para darle de comer; y mientras lo hace, el bebé comprueba que una y otra vez la cuchara va y viene desde el plato a su boca cargando cada vez una pequeña cantidad de alimento. El niño sin visión, en cambio, experimenta sólo algunos de los pasos de esta secuencia y tiene que «deducir» muchos de los eslabones de la cadena. Por eso es importante que los adultos que conviven con él le ayuden a organizar estos hechos, permitiéndole por ejemplo que toque el plato colocado sobre la mesa o que toque la comida que está dentro del plato.

Por otra parte, refiriéndonos ahora a la organización de la realidad en categorías espaciales, la vista permite la aprehensión global y sintética de esa realidad, o sea la percepción de conjunto de una escena. Esto es, la vista permite abarcar un campo perceptivo relativamente amplio en comparación con el que posibilita la percepción táctil. Esto significa que la información le llega al bebé vidente de una forma más integrada que la que va a poder obtener el bebé ciego.

Por ejemplo, cuando un niño que se observa su habitación desde cualquier rincón de la misma comprueba la existencia de cada uno de sus elementos y su distribución en el espacio. El niño ciego tendrá que realizar muchas exploraciones parciales de esos elementos para poderlos integrar después en una representación organizada y coherente.

Recordemos que gran parte de la información que el niño vidente obtiene a través de su visión, el niño ciego debe obtenerla a través del tacto. Sobre todo, durante aquellos meses en los que el lenguaje no está instaurado ni existe la posibilidad de simbolización (período sensorio motor).

El tacto es un analizador proximal, proporciona la capacidad de conocimiento de la realidad únicamente cuando el objeto de conocimiento está en contacto con el sujeto. Cualquier objeto que permanezca a distancia puede, pues, pasar desapercibido para los niños que no ven.

Por otra parte el tacto tiene un carácter analítico y procesual. Las manos del niño van descubriendo progresivamente pequeñas porciones de su entorno. La información obtenida a través del tacto es, de alguna forma, parcelada. El niño se ve obligado a retener estos datos y proceder después a integraciones sucesivas hasta configurar un concepto más o menos globalizado del objeto que esté explorando.

Quizá aclare esta idea un ejemplo: hacia los dieciséis meses un bebé ciego explora la silla de su madre con sus manos y recoge en un principio la información sobre la textura de su asiento. Más adelante continuando su

exploración recibe información sobre su respaldo y si se le anima a proseguir puede descubrir las patas o soporte de la misma. Mientras que un bebé vidente de la misma edad aproximada percibe casi simultáneamente el conjunto de la figura silla.

La audición viene a socorrer al niño ciego en la tarea de comprender la existencia de una realidad exterior separada de él, ya que le permite información a distancia. Más adelante el lenguaje posibilitará al niño ciego estructurar el pensamiento y será una fuente de información de excepcional riqueza. Sin embargo, durante el período sensorio motor la audición proporciona conocimiento más bien de los atributos de los objetos que de aspectos sustanciales. Así, cuando el niño ciego oye el golpeteo de una puerta no puede deducir del mismo la existencia de la hoja de madera que se bambolea.

En este sentido es muy importante que experimente con los objetos de forma que pueda atribuir sentido a los sonidos. Cuando al niño sin visión no se le proporcionan suficientes oportunidades de experimentar, se recrea en el propio sonido separándolo del objeto que lo produce y pierde su valor como atributo. O sea, pierde su significado original y se convierte en estímulo separado, en «sonido-cosa». Esta situación puede dar lugar a desarrollos muy deficientes, a alteraciones cognitivas, a lenguajes ecolálicos o vacíos, etc.

Todo lo hasta aquí expuesto debe entenderse siempre en términos relativos, ya que en términos absolutos tampoco la vista proporciona un conocimiento inmediato y perfectamente organizado de la realidad.

No obstante, podemos decir que esta dificultad de percibir continua y simultáneamente, característica de los niños sin visión, interfiere en mayor o menor medida su desarrollo.

Trataremos de exponer a continuación de forma muy sucinta a qué adquisiciones concretas afectan las dificultades de las que venimos hablando:

— Principales obstáculos en el desarrollo cognitivo

El desarrollo de esta área requeriría un espacio exclusivo que, en principio, no es objeto de este libro, pero querríamos, al menos, mencionar aquellas cuestiones en las que el niño ciego va a precisar que el adulto le ayude, para interpretar y dar sentido al cúmulo de estímulos que le vienen del mundo exterior.

- En la integración e interpretación coherente de parte de la información proveniente del exterior. *Dificultad para la percepción amodal de la información táctil, auditiva, etc.*

La imagen visual de un objeto, por ejemplo un biberón, proporciona el soporte sobre el cual el bebé irá colocando un cúmulo de sensaciones. Así el color, la forma, el sabor, la tibieza o el olor quedan referidos a esa imagen visual que tan evidentemente se le presenta al niño.

El niño ciego, en cambio puede percibir el sabor de la leche y no asociarlo a la forma o textura del biberón que la contiene o al ruido peculiar del líquido al moverse si no cuidamos que experimente todas estas sensaciones de forma integrada en el momento de darle el biberón.

- En la adquisición de la noción de «permanencia de objeto». *Retraso en el reconocimiento de la realidad como una entidad separada de uno mismo, con existencia propia e independiente.*

El niño ciego tardará más tiempo en comprender que el sonajero que se le ha caído permanece a escasa distancia de su mano.

El mundo de los sonidos tarda más tiempo en adquirir sustancialidad y, de hecho, el niño ciego no extiende su mano ante un sonido, habitualmente, antes de los ocho meses.

- En la comprensión de los procesos de causalidad. *Dificultad en el establecimiento de las conexiones causa-efecto.*

Es frecuente en este sentido que el niño ciego requiera ayuda para relacionar el efecto de una acción con la causa que lo produjo. Así, le resulta difícil entender por qué cuando tira de una cuerda, el volquete arrastrado por ella se eleva.

- En la comprensión de algunas estructuras espacio-temporales: *dificultad para la interiorización de esquemas y relaciones espaciales y para la asimilación y anticipación de secuencias temporales.*

La ceguera condiciona la organización espacial tanto en el sentido de poder configurar un espacio-escenario en el que se desenvuelve el acontecer de la vida, como en el sentido de interiorizar relaciones espaciales, como dentro-fuera, arriba-abajo, etc. Igualmente, como hemos mencionado líneas atrás dificulta el ordenamiento de los acontecimientos en una secuencia temporal coherente.

- En la contrastación de muchos fenómenos con la realidad misma (prueba de realidad): *privación de la evidencia perceptiva que la visión posibilita.*

Numerosas situaciones ponen de manifiesto este impedimento para constatar por sí mismo fenómenos que resultan obvios para los niños videntes. Así no es infrecuente que un niño ciego pregunte por su padre, estando éste en la propia habitación; o que no sepa dónde se encuentra aunque no esté en un lugar desconocido.

- En el control del entorno. *Dificultad o imposibilidad de adquirir y realizar conductas orientadas al dominio del medio.*

Multitud de conductas resultan muy difíciles para ser realizadas por los niños ciegos y algunas de ellas son verdaderamente imposibles si no es en compañía de otra persona que hace una función de «yo auxiliar». Sobre todo aquellas

que requieren de la coordinación visomotora como desplazarse o correr en espacios abiertos, recortar, pintar...

- En el acceso a los procesos de simbolización. *Dificultades fundamentalmente en la imitación inmediata y diferida, y en algunos aspectos del juego simbólico.*³

La imitación inmediata y diferida suponen formas peculiares de conocimiento propia del final del período sensoriomotor y comienzo del pensamiento simbólico. El niño, en estas edades, reproduce miméticamente casi todo lo que ve hacer a las demás personas. En el caso del niño ciego la imitación debe ser un aprendizaje secuenciado y pasivo.

Si el adulto, responsable de la crianza y de la educación del niño, durante estos años, no tiene en cuenta este impedimento para imitar y no le ayuda con las adaptaciones pertinentes, estaremos olvidando uno de los recursos fundamentales para el aprendizaje.

Respecto al juego simbólico, existen ciertas dificultades para la identificación de algunos juguetes y su uso como símbolos de objetos reales. El paralelismo entre el juguete y el objeto real es a veces arbitrario y en muchas ocasiones se fundamenta en aspectos visuales.

Así los juguetes suelen conservar la imagen visual del objeto al que representan sin mantener con frecuencia otras cualidades como sabor, textura, movimiento, etc. En el peor de los casos no mantienen ni siquiera la forma originaria. Esto tiene especial incidencia como una de las dificultades que el niño ciego encuentra para desempeñar la actividad de juego simbólico, la integración de roles sociales de una cierta complejidad.

Un rol social se configura mediante el desempeño de distintas tareas que en su conjunto integran la función propia de dicho rol. Así, por ejemplo, el tendero expone su mercancía, la ofrece, la envuelve, cobra su costo, etc., y precisa la existencia de otro rol complementario en este caso el del comprador. En definitiva los roles sociales se dan en un entorno dinámico. La relevancia de esta dificultad se sitúa, junto con el punto anterior, en lo que pueda interferir a la actividad de juego simbólico en su doble función evolutiva:

- a) Contribuir al desarrollo de los procesos cognitivos.
- b) Constituir una vía de expresión del mundo interno y de elaboración de conflictos.

- En el conocimiento experiencial de diversos ámbitos de la realidad:

³ Para una mayor profundización en el tema del juego simbólico se remite al libro de las autoras «[Juego simbólico y deficiencia visual](#)».

Dificultades para percibir y experimentar objetos grandes o lejanos, o realidades dinámicas inaccesibles a la percepción táctil.

Algunos objetos por su tamaño resultan inabarcables para las manos de un niño, mientras que otros resultan inalcanzables por su peligrosidad o lejanía. Pensemos, por ejemplo, en objetos tales como un tren, un edificio, un animal no doméstico, el cielo...

El fenómeno del movimiento es dificultoso para la comprensión a través de la exploración táctil ya que cuando el niño toca el objeto detiene al mismo tiempo el movimiento. Así, por ejemplo, pensemos en el desplazamiento de una bola por un laberinto o en la caída de un objeto en su trayecto de una mesa al suelo.

2. Establecimiento de los primeros vínculos

Una vez expresada nuestra posición, en el sentido de que el bebé y su madre se influyen mutuamente y que sólo en el seno de esta interacción podrá tener lugar el desarrollo del psiquismo del bebé, la construcción de su yo y su acceso al mundo social y relacional, queremos abordar cómo algunas circunstancias o características del bebé o de su madre condicionan, feliz o trágicamente, la vida de ambos.

Los ejemplos de esta influencia mutua son numerosos. Pensemos en la angustia que despierta en una madre la posible irritabilidad temperamental de un bebé; en un bebé con poca atención visual que puede provocar en la madre un comportamiento invasor, lo que disminuye aún más dicha atención; o en un bebé con ceguera que bloquea o «dispara» la predisposición natural de la madre para hablarle como lo haría con otro niño que retuviera su mirada.

Parece pues que resulta primordial que se cree entre el bebé y su madre un vínculo emocional que garantice el desarrollo del hijo dentro de los márgenes de una cierta salud mental.

Las tres principales variables en este proceso son el bebé, la madre y la propia interacción. En la dinámica de la vida real es difícil separar estos componentes, pero a fin de resultar más claros en nuestra exposición, vamos a referirnos a ellos separadamente.

a) El bebé

El bebé al nacer no es una tabla rasa, sino que viene preparado para una serie de respuestas conductuales reflejas, primero como patrones primitivos y posteriormente organizados en patrones más complejos que le permiten atender e interactuar con el exterior. El bebé, al comienzo de su vida, ocupa gran parte de su energía tratando de recuperar la homeostasis rota desde su nacimiento y lo hace ayudado por sus figuras de cuidados. Cada vez que recupera el equilibrio, obtiene para sí lo que [Brazelton \(1979\)](#), tomando el concepto de White, llama «el sentido de la competencia», lo que hace que estos patrones de funcionamiento se vayan fijando progresivamente. Cuando el

adulto habla al bebé, éste tiene reacciones de respuesta acoplándose a la voz y la satisfacción por el emparejamiento, por el acople entre adulto y bebé, es tan intensa (concepto similar al de la omnipotencia del bebé como fuerza de crecimiento) que fija el patrón y posibilita ir estructurando otros más complejos. Según Brazelton, el bebé cuenta con tres tipos de fuerzas para progresar en su desarrollo: la maduración del sistema nervioso central y autónomo, el refuerzo del ambiente y la realización de la competencia.

El modelo evolutivo que Brazelton propone es el ya mencionado de dotación del bebé y de avance de patrones primitivos hacia otros complejos, considerando que el cierre del círculo, del desequilibrio a la homeostasis, actúa como un organizador para el sistema nervioso central. Brazelton da vital importancia a las posibilidades del bebé para mantener el estado de alerta, resultando éste el más apropiado para la interacción, y a las capacidades del entorno para ayudarlo a conseguirlo.

Situándonos en el esquema propuesto, en relación con el bebé, hay que tener en cuenta algunas variables de su bagaje que van a condicionar el proceso de la interacción y el establecimiento de los primeros vínculos.

Si nos fijamos en el desarrollo del niño sin *handicaps* en estos primeros años de vida, iremos comprendiendo dónde se hallan las dificultades para el niño con deficiencia visual, cuáles de éstas pueden ser salvadas y cómo podemos colaborar a que esto ocurra.

Las principales variables que querríamos examinar son: las competencias y comportamientos para favorecer la vinculación, las variables constitucionales y el estado biológico del niño.

Competencias y comportamientos para favorecer la interacción

[Bowlby \(1976\)](#) considera conductas de apego, es decir, favorecedoras de la proximidad o el contacto: el llanto, la succión, la rotación de cabeza al contacto con la mejilla y la sonrisa.

[Stern \(1981\)](#) considera que son la mirada, la sonrisa, el llanto, los movimientos de cabeza y las vocalizaciones, el repertorio de conductas de que dispone el bebé. Dentro de ellas da una importancia primordial a la mirada.

Como hitos importantes en la evolución de la mirada, desde el punto de vista de la interacción, sabemos que en la sexta semana el niño fija su mirada en la madre y ésta experimenta por primera vez la sensación de que su hijo la está mirando, que están conectados, y su comportamiento hacia el bebé se hace mucho más social. Al tercer mes de vida, el niño ya puede seguir con la mirada, su distancia focal aumenta y su red de comunicación se amplía. Puede autorregular más su percepción y seguir a su madre a mayor distancia.

Por último, una función que la mirada desempeña durante el proceso de establecimiento de vínculos es la regulación de la interacción. A través de la mirada el bebé inicia, mantiene, termina y evita interacciones teniendo un papel

primordial en la formación del apego.

La sonrisa en sus inicios es reflejo y está presente desde las primeras semanas de vida pero cada vez se va emitiendo en un contexto más relacional. A la tercera semana, el bebé sonríe más abiertamente al oír voces. A la cuarta semana la voz de la madre suscita la sonrisa del niño. En la quinta semana disminuye el poder de la voz y cobra importancia el movimiento afirmativo de cabeza y el rostro, que disminuye su poder atractivo durante el quinto mes.

Algo parecido ocurre con la risa. Al principio es básicamente una respuesta a estímulos intrusivos. Hasta los cuatro meses se requiere un nivel bastante elevado de estimulación auditiva y táctil para provocarla. Posteriormente deja de ser necesario este nivel de estimulación y el niño empieza a reír participando activamente en la producción de estímulos.

El llanto es un indicador de estrés al que el adulto responde desde muy pronto con respuestas selectivas, según sea por hambre, por dolor, etc. El llanto, como irritación inexplicada parece bastante universal en los dos primeros meses. Se reduce al finalizar el primer trimestre de vida y parece que esto acontece así independientemente del cuidado materno. Ante las respuestas del entorno, el niño irá utilizando risa y llanto, cada vez con un mayor valor relacional, incluso como forma de control sobre la conducta del adulto.

Los juegos de vocalizaciones y sonidos, acompañados de movimientos del rostro y estímulos táctiles, a los que Stern denominó «danza», tienen un valor especial en la relación. Tienen su propio ritmo y complejidad y desempeñan un papel relevante en la comunicación y como precursores del lenguaje.

Toda esta dinámica de la interacción, incluso las vocalizaciones y los contactos corporales, se haya en gran medida regulada por la mirada. La madre procurará mantener al bebé en un estado de atención y alerta, en el que él pueda realizar conductas sociales, como sonrisas y vocalizaciones, que tanto la gratifican y mantienen viva la interacción.

Por otra parte, el temperamento del bebé es también evidentemente un determinante importante del modo de interacción (Thomas, 1977) como veremos más adelante.

Tras esta breve exposición del repertorio de recursos de los que disponen los niños sin discapacidad, debemos ahora preguntarnos qué ocurre en los niños con ceguera o deficiencias visuales graves, de cuáles de estos recursos dispone y si la figura de cuidados podrá responder adecuadamente a ellos.

Aunque queramos ser metódicas en nuestra exposición a efectos de claridad, y aunque por el momento nos proponemos hablar fundamentalmente del bebé, resultará inevitable aludir frecuentemente a su madre con sus posibilidades y sus dificultades para comprenderle e interpretar sus conductas. Los problemas con los que se encuentran ambos miembros de la diada para el establecimiento de los primeros vínculos son importantes y hasta los tres o cuatro años, hallarán sucesivas dificultades para superar satisfactoriamente

este proceso. Fraiberg, Adelson, Wills, Burlinham... son algunos de los autores que han publicado estudios sobre el tema que nos ocupa e iremos resumiendo sus hallazgos más importantes junto con observaciones y reflexiones basadas en nuestra propia experiencia.

En el repertorio de conductas, a las que nos hemos referido siguiendo a Stern, la mirada ejercía un papel fundamental como reguladora de la interacción y de la distancia óptima para la misma. Se ha descrito cómo algunas madres intensifican la estimulación como reacción a bebés que se resisten al contacto visual directo, ocasionando con esta sobreestimulación que el bebé mantenga retirada su mirada por más tiempo aún.

En el niño ciego, la ausencia de mirada dificulta singularmente saber cuál es el nivel óptimo adecuado de estimulación y de proximidad que se movería entre dos polos: pasividad o lejanía y la intrusividad o invasión. Algunas madres se desaniman ante la ausencia de respuesta visual en el bebé y no son capaces de buscar en su hijo otros indicios para comprenderle, reduciéndose entonces las interacciones y olvidando que ambos podrían encontrarse a través de otras vías perceptivas. La no mirada, interpretada a veces por la madre como no atención o no reconocimiento puede despertar desazón, abandonando en mayor o menor medida los intentos de comunicación, lo que finalmente conduce a debilitar el vínculo. En otras ocasiones esta incapacidad de interpretar al niño puede provocar una respuesta opuesta: hiperestimulación o comportamiento invasor para buscar la respuesta del bebé. Ambas posiciones provocarán incomunicación y romperán la sintonía imprescindible para el desarrollo del psiquismo infantil y el bienestar de la madre.

¿Qué medios tiene el bebé ciego para comunicarse y regular la interacción con el adulto?... Estamos acostumbrados a leer en el niño ciertos signos a través de su mirada: la discriminación, el reconocimiento, la preferencia y la valoración, o la curiosidad, el deseo, el interés, etc. Si no podemos comprender al niño desde otros códigos de interpretación, el bebé ciego se va a ver privado de la experiencia afectiva necesaria que le permita una organización suficiente para un desarrollo armónico de su psiquismo. «El niño ciego tiene un reducido repertorio de conductas que puedan iniciar un intercambio social y, además de las emisiones sonoras de necesidad y angustia, no tiene prácticamente ningún vocabulario de signos que provoque una respuesta automática por parte de la madre» (Fraiberg,1990, pág. 118).

Es indudable que la privación visual reduce severamente la posibilidad de iniciar contactos con el exterior o reclamar la atención de los adultos. Sin embargo también es indudable que los niños ciegos disponen de un repertorio de signos suficiente, que si estamos en disposición de poder interpretarlos permitirán establecer relaciones sanas y coherentes. Estamos de acuerdo con Warren (1994) cuando señala que en la comunicación hay varios vehículos que median en el vínculo que debe establecerse: vocales, táctiles, visuales... el uso específico de uno u otro es menos importante que el hecho de que se establezca un lazo comunicativo.

La sonrisa es el recurso principal con que cuenta el niño ciego para el apego y resulta inequívoca y satisfactoria para las personas que lo observan y particularmente para la madre. Sin embargo no puede utilizarla como una forma de incitación, ya que en este sentido, de reclamo de atención, se requeriría la mediación visual. [Fraiberg \(1990\)](#) achaca las diferencias existentes en la sonrisa social en que los niños con déficit visual no la emplean como medio de obtener una respuesta, sino como respuesta a una conducta del otro.

Es el signo a través del cual la madre del niño ciego puede sentirse reconocida. Al principio no bastará con la voz de la madre para que el bebé emita su deseada sonrisa, sino que habrá que acompañarla de estímulos táctiles o cinestésicos para provocarla. Preisler (1991) encontró que emitían más sonrisas en interacciones con canciones y juegos con contacto corporal.

Esto es, si no hay problemas asociados a la deficiencia visual, la sonrisa aparece a la misma edad que en niños videntes, aunque es menos regular y menos frecuente. Sonríen más a la madre que a los extraños, pero no podemos hablar de una clara discriminación hasta que el niño sonría como respuesta a la voz de la madre y no sea así para otras voces extrañas.

— *El diálogo vocal*

Según los resultados de estudios comparativos entre niños con y sin visión y sus madres, las vocalizaciones espontáneas son más escasas y se producen durante períodos más cortos. A su vez las reacciones de las madres ante sus bebés con ceguera a través de la emisión de sonidos eran más débiles e inconsistentes ([Rowland, 1984](#)). Sí se dan con mayor frecuencia las vocalizaciones como respuesta a iniciativas del adulto. La falta de visión condiciona al bebé en el sentido de que cuando no recibe estímulos del exterior no puede percibir qué está ocurriendo en su entorno, quedando a la expectativa y con menos capacidad para reclamar activamente. Y, por otra parte, condiciona a la madre que, según su estilo de comunicación, puede acelerar o disminuir sus propias intervenciones. Así podemos observar madres que hablan mucho y muy continuamente al niño sin darle espacio para que él responda o madres que apenas se dirigen al niño o lo hacen con escasa energía.

— *Las manos*

Tras el primer semestre de vida las manos del niño ciego nos muestran interés, preferencia, deseo rechazo, etc. En el segundo mes parece haber una búsqueda activa de la madre en situaciones próximas como la alimentación, que se va haciendo más manifiesta hacia el quinto mes. Entre los cinco y los ocho meses exploran la cara del adulto, en particular la de la madre, y se familiarizan con algunos rasgos. Las manos enviarían señales que en parte sustituirían al sistema de comunicación no verbal basado en el contacto ocular y expresiones faciales (de las que también parece que el niño disponga de menor repertorio), ([Fraiberg, 1990](#)).

Sin embargo parece difícil para muchos adultos videntes observar e interpretar a un bebé sin prestar atención preferente a su rostro. Además el hecho de que el niño ciego tarde algo más en conseguir algunos progresos evolutivos puede influir para que la madre no se sienta estimulada por él. Inevitablemente va a tardar más tiempo en diferenciarla de los demás adultos, en echarle los brazos, etc., conductas encaminadas a reforzar el vínculo. Este retraso contribuye, en algunos casos, al debilitamiento del vínculo.

A través de las manos, el niño ciego expresa parte de lo que el niño vidente expresa con la mirada. No es habitual observar las manos de los bebés videntes para comunicarse con ellos. Es necesario dirigir intencionalmente nuestra atención hacia las manos del niño ciego para poder interpretarle mejor.

A veces ante los ojos de un observador que no conoce la temática que nos ocupa, puede parecer que el bebé está absolutamente pasivo y desinteresado, ya que puede no haber ningún movimiento corporal, o puede estar incluso con la cabeza reposada sobre el hombro de la madre o sobre la colchoneta. Sin embargo, un movimiento pausado de su mano denota sin lugar a dudas que está detenidamente explorando la camisa de la madre o la correa de su bolso. Es más, los movimientos lentos y armónicos de las manos son signos de mayor atención y mejor comprensión de la información. En nuestra experiencia tenemos la impresión de que ya desde los primeros meses es un signo de capacidad intelectual y de capacidad de relación con el medio el que el bebé pueda realizar pequeñas exploraciones con sus manos de forma detenida y atenta.

A través de las manos el niño ciego expresa también con bastante claridad el rechazo de los objetos con dos gestos típicos ya acuñados en la literatura especializada: cerrando sus puños o retirando su cuerpo hacia atrás con las manos colocadas a la altura de sus hombros. Este gesto, tan típico en la conducta de muchos bebés ciegos denota que, además de no haber deseo para tomar lo que el adulto le ofrece, el niño se siente invadido por la realidad exterior. Equivaldría a cuando un niño vidente arroja un objeto o se marcha activamente de una situación.

— *El movimiento y el tono corporal*

A través de sus movimientos y de su tono corporal, el bebé ciego nos da otras señales para que podamos comprenderle. La rigidez, la hipotonía, los movimientos placenteros, la receptividad, etc., son recursos del niño ciego para expresar sus sentimientos, su deseo de proseguir o interrumpir la situación de interacción.

Variables constitucionales

Son un conjunto de variables altamente determinadas por factores hereditarios, que se pueden apreciar desde los primeros meses de vida y que conformarán ese «carácter del niño» o temperamento, que los padres enseguida identifican y describen. Hacen referencia en general a la manera cómo el niño suele responder a los estímulos, a las capacidades en la regulación. Son muy

importantes y pueden determinar la vida futura del niño siendo las primeras señas que da de su identidad. Estos primeros indicios movilizarán en los padres distintas fantasías y sobre ellos se realizarán muchas proyecciones, más o menos adaptativas o patológicas, en función de la personalidad previa de los progenitores. Son las primeras características que marcan la interacción, aunque posteriormente pierdan su primacía.

[Thomas y Chess \(1977\)](#) mencionaron características que podrían ser medidas en intensidad, de las que relacionamos algunas por la relevancia que tiene su conocimiento para observar mejor al niño y evitar las proyecciones negativas.

Estas características son la ritmicidad o la regularidad en las funciones como la alimentación, los períodos vigilia-sueño, etc.; el umbral de respuesta a los estímulos; la intensidad o grado de energía en sus respuestas; el humor general del niño y la facilidad de captar y mantener su atención. Junto a ellas, debemos también señalar las variables individuales, que se manifiestan en las capacidades sensoriales y homeostáticas de los bebés, y que hacen a unos más aptos que a otros para la interacción.

Si pensamos en un bebé que posea estas características en su nivel óptimo, encontramos un bebé «fácil de criar», fácil de entender, que hace revertir en sus padres al nivel narcisista de satisfacción y confianza en sí mismos como padres. Por el contrario si imaginamos un bebé irritable, con dificultades para recobrar el equilibrio o con escasas respuestas, los padres se verán confrontados a sus propias limitaciones sintiendo amenazado su sentimiento de buenos padres. Esto puede dar lugar a respuestas inadecuadas o abiertamente patológicas.

Conocer el temperamento del bebé es necesario para determinar el nivel, intensidad, frecuencia de la estimulación y poder adaptarse a esa realidad concreta que el niño nos presenta.

La ceguera no debería necesariamente interferir en el conocimiento del temperamento del bebé y su adecuación al mismo (y de hecho no suele ocurrir en los padres con una buena salud mental) pero sucede en muchas ocasiones por la interferencia de las proyecciones.

Cada madre puede dar respuestas diferentes al llanto de su hijo, según el contenido representacional que para cada una tenga ese llanto. O en el caso de la irritabilidad del bebé, también cada madre la interpretará de forma diferente. Una madre insegura puede sentir ante la irritabilidad y dificultades de calmarse de un bebé prematuro que ella no es buena madre. Como consecuencia, puede emitir respuestas (o inhibirlas) hacia el niño perjudiciales para él.

Frente a la intervención preventiva, ayudar a los padres a distinguir qué características pertenecen propiamente al niño, como sujeto diferenciado de ellos, es una tarea primordial. Cada niño tendrá su propio temperamento y sus capacidades particulares que, en principio, no guardan necesariamente relación con la discapacidad visual (siempre que se trate de una deficiencia

específicamente visual y no causada por un problema neurológico o sindrómico). Los padres aprenden así a no atribuir al déficit visual lo que no es propio de él. Aprenderán a conocer mejor a su bebé y adecuarán sus interacciones a las posibilidades de ese niño y le ayudarán a «modular» algunas de sus características.

b) Los padres

— La madre

Además de las características del bebé, la madre aporta a la interacción las suyas propias.

La madre tiene el papel fundamental, después de haber hecho nacer físicamente al niño, de hacer que nazca su psiquismo, que el niño nazca y se desarrolle desde el punto de vista psicológico. Ello ocurrirá en el marco de la relación y a través de la interacción con el bebé.

Veamos a continuación algunas variables que conforman el bagaje que la madre aporta a la interacción y que condicionan favorable o desfavorablemente la relación de la díada.

Personalidad previa y madurez afectiva

Tres aspectos referidos a la personalidad de la madre adquieren particular relevancia por su incidencia en la relación y en el futuro desarrollo del niño: la presencia y el grado de patología psíquica anterior, la fortaleza del Yo y las identificaciones con sus propias figuras de cuidados en la infancia.

La presencia o no de patología psíquica anterior es de máxima importancia en el caso de tener que enfrentar el doloroso hecho de tener un hijo con discapacidad. Ya en condiciones de normalidad sabemos que, en ocasiones, la crisis psicológica a la que se ve sometida la madre es capaz de dar al traste, al menos temporalmente, con las defensas que hasta ese momento se utilizaban con éxito. Así, la presencia de una discapacidad grave en el bebé puede agravar un trastorno anterior o desencadenar una movilización de los núcleos psicóticos con sus correspondientes defensas primitivas. En este sentido, un Yo fuerte será mayor garantía de poder resolver la crisis con éxito. (**Ver cap. 4**).

Las identificaciones que la madre tiene con su propia madre provienen a su vez de la interiorización de experiencias positivas y/o negativas que ha hecho de los cuidados que ella recibió de bebé. Podrían equipararse a lo que Stern (1997) llama «redes de modelos de estar con», aunque para él estos modelos no sólo provienen de lo propiamente vivido, sino también de otras influencias más actuales: opiniones de su propia madre, teorías y modas culturales etc.

Avalando la importancia que para desempeñar el papel de madre tienen las identificaciones de ésta con sus propias figuras parentales, [Levobici \(1988\)](#) recoge los trabajos de Pawlby y Hall con jóvenes madres procedentes de familias desestructuradas donde se puso de manifiesto que daban menos

respuesta a las comunicaciones de sus bebés y disminuían, en general, sus conductas hacia ellos (menos contactos físicos, menos miradas y sonrisas, etcétera).

La madre está así expuesta a sus propias representaciones, identificaciones y conflictos sin resolver, que el bebé puede activar, impidiéndose entonces que ésta pueda verle con una cierta objetividad.

El entorno en el que la madre se desenvuelve con su bebé puede facilitar la relación o ser un riesgo, aunque de forma indirecta, si añade estrés al conjunto de la situación.

Su situación económica, si existe una buena relación de pareja, cómo la apoye el padre, si dispone de otros apoyos, son aspectos a evaluar para prever el riesgo de que estos estresores incidan en la interacción con el niño, y por tanto las posibles ayudas que lo contrarresten.

Capacidades para ser madre

Decía Winnicott que no se puede enseñar a ser madre; efectivamente, la capacidad para ser madre depende, en gran medida, de un entramado de identificaciones y lazos de orden inconsciente que son los que van a determinar la relación ⁴. Dentro de estas capacidades figura, en un lugar preferente, su capacidad para hacer una regresión controlada por el Yo a su etapa de bebé, lo que le va a permitir identificarse con su propio hijo. Simultáneamente, tiene que identificarse con su propia madre para poder actuar como tal. Es una situación psicológica compleja, pero natural y necesaria para criar un bebé, que no comporta patología mientras se mantenga como señalábamos, bajo el control del yo.

Retomamos a [Winnicott \(1980\)](#) para recordar tres conceptos básicos que dan cuenta de la capacidad de la madre para ejercer su papel:

- el *holding* o manera de sostener al bebé
- el *handling* o la forma de manipular al bebé al procurarle los cuidados básicos
- la madre «relativamente buena», es aquella capaz de hacer una fusión con el bebé en los primeros momentos para después saber separarse e impulsar el crecimiento de su hijo. A través de ese estado psíquico especial definido como «preocupación maternal primaria» puede identificarse con su bebé (debido a su capacidad de regresar) y satisfacer sus necesidades. A fuerza de repetir esta experiencia el bebé interioriza un objeto gratificante. Cuando haya adquirido la capacidad de simbolizar, en ausencia del objeto, ya sólo precisará representárselo para recuperar el equilibrio psíquico.

Esta madre, cada vez más atenta a las señales de su bebé, que avanza en posibilidades de expresión propias, comienza a separarse de él y, a través de «carencias de adaptación menores», favorece la diferenciación, ayudándole, en

sincronía con sus posibilidades, a conseguir la independencia.

Otra de las funciones básicas de la madre para contribuir al desarrollo del psiquismo del bebé es la de «continente» (Bion, 1966), es decir, la capacidad para recoger y procesar las ansiedades caóticas y desorganizadoras del bebé y devolverle una experiencia asimilable. Esta función es la que ejecuta la madre cuando puede calmar al niño con sus palabras en momentos en que él se encuentra desbordado por la angustia o el temor. La función de contener de la madre se relaciona con una de las necesidades psíquicas básicas del bebé: la de mantener un estado de integración (con frecuencia amenazado) que le dé el sentimiento de existir.

La madre también actúa, según el psicoanálisis, como protectora del nivel de excitación del niño, a la vez que en otros momentos puede actuar como estimuladora. Tiene también la capacidad para introducir al niño en un mundo de «otros», en la reciprocidad, en la intencionalidad.

El nacimiento de un niño ciego, o con algún tipo de discapacidad, como veremos más adelante, puede interferir, o anular temporalmente algunas capacidades de la madre.

— *El padre*

Debemos reservar un espacio también para hablar del papel del padre en estas primeras edades, ya que desde el principio de la vida del bebé cumple un papel fundamental para la estructuración y desarrollo del psiquismo del niño.

En su relación directa con el bebé, la interacción estaría sometida a las mismas reglas que la de la madre. Es decir, tiene con el bebé experiencias «maternizantes» aunque a través de una conducta con algunas diferencias: menor cercanía, mayor ritmicidad, voz más tranquilizadora, actividad predominantemente física. Este conjunto de características fomentan la independencia y la agresividad del niño, y, de alguna forma, suponen un empuje hacia el crecimiento.

⁴ En atención temprana y en las intervenciones psicoterapéuticas tempranas lo que se procura, precisamente, es que la madre pueda desbloquear o "desanudar" algunos lazos de ese entramado y así mejorar sus capacidades como madre.

Después del sexto mes de vida del bebé su papel como tercero frente a la díada madre-hijo hace posible la disolución de la simbiosis, que el niño avance hacia la individuación y que tome contacto con la realidad. Es así como el padre impulsa el contacto del niño con el mundo exterior. Este cambio cualitativo que lleva al niño a dirigirse al mundo exterior y a abandonar parcialmente los aspectos fusionales (simbióticos) de la relación con la madre abrirá el camino hacia la socialización, la interiorización de las normas y aceptación de límites, la capacidad de esfuerzo y la motivación para el conocimiento... Más adelante ejercerá un papel fundamental en la formación de la identidad sexual del niño y en la elección de objeto de la niña cuando quede superado el complejo de Edipo.

[Lebovici \(1988\)](#) y en general la teoría psicoanalítica resalta el papel del padre como organizador del Edipo introduciéndose en la díada como agente frustrador y representante de la realidad.

Además, el padre juega indirectamente un papel en los primeros meses de vida del bebé mediante el apoyo que presta a la madre. Este apoyo, que ya había comenzado durante el embarazo, hace, según Winnicott, que el padre, por así decirlo, se encargue más de la realidad exterior y ello permita a la madre permanecer más volcada en sí misma y en el bebé. Esta situación favorece la identificación con el bebé, gracias a la cual, como ya hemos expresado, es capaz de responder a su hijo de manera adecuada. Podríamos decir que el padre ejerce un papel de «protector» de estímulos con la madre, como ella a su vez hace con el bebé.

Por último añadir que la mera presencia física de un padre no es suficiente para ejercer estas influencias en el desarrollo del niño sino que, efectivamente, el padre debe cumplirlas y la madre debe tener a su vez interiorizada una figura de «padre», la realidad de un tercero que les permita a ella y al bebé separarse pasadas las primeras etapas simbióticas. Esta interiorización hace que, en ausencia física de un padre, puedan superarse las etapas simbióticas.

Funciones de parentalización

En resumen, los padres deben llevar a cabo diversas funciones, que en su conjunto configuran un estilo de vinculación y permiten el crecimiento del sujeto en diversas dimensiones. Recogemos a continuación algunas funciones parentales, que pueden ser de utilidad para un análisis sistemático de la relación entre un hijo y sus padres.

Como se ha dicho en capítulos anteriores, tras las últimas investigaciones sobre las relaciones tempranas entre el bebé y su figura de cuidados, y sobre transmisiones transgeneracionales del apego, se reconoce el papel primordial que la intersubjetividad desempeña en la constitución y estructuración del psiquismo.

Por ejemplo, según Fonagy y Target (1998) un adulto calificado como seguro tiene tres o cuatro veces más probabilidades de tener un hijo con apego seguro

que un padre inseguro.

Así, los proyectos que los padres tengan sobre su hijo, los rasgos que le atribuyan, los motivos por los que fue concebido... pasarán a formar parte del psiquismo del niño a través de la relación que con él establezcan.

Esta relación, obviamente, resulta extremadamente compleja y en ella se condensan factores conscientes e inconscientes. Los padres desempeñan a través de esta relación distintas funciones.

Creemos que merece la pena recoger aquí algunas de ellas dado que pueden resultar esclarecedoras cuando pretendamos comprender qué puede acontecer en la relación de un niño con discapacidad y sus padres. Vamos a seguir en este punto la recogida que [Emilce Dio Bleichmar \(2000\)](#) hace de estas funciones según las teorías de diferentes autores:

- Otorgar reconocimiento y valoración narcisista (Kohut, 1971).
- «Seducir» a través de los cuidados agregando un «plus» de placer que activa las potencialidades de placer sensual-sexual (Laplanche, 1987).
- «Contener» la ansiedad y regular los estados afectivos, acciones que contribuyen al equilibrio del sistema neurovegetativo (Bion, 1962).
- Proporcionar alimento y cuidados que preservan la vida.
- Satisfacer las necesidades de apego, aportando proximidad física y contacto emocional (Bowlby, 1969).
- Responder cualificada y diferenciadamente a las necesidades del niño lo que desarrolla el sentimiento de eficacia y regulación adecuada de los impulsos ([Bleichmar, H., 2000](#)).
- Reflexionar sobre las intenciones y comprender las motivaciones propias y las de los otros. La capacidad de los adultos para tomar en consideración las razones que hay detrás de las acciones de los hijos, para tomar en cuenta sus sentimientos, sus estados mentales y sus deseos, es condición esencial para el desarrollo en el niño de representaciones de sus propias acciones como motivadas por estados mentales, deseos y anhelos. Sólo es posible que se establezca la vida psíquica en el bebé si los padres le ven como un ser «pensante» y «deseante» y, a través de ello, interpreten sus gestos, mímica, vocalizaciones, etc.

Los padres no resultan igualmente eficaces en el desempeño de estas distintas tareas, sino que suelen estar condicionados por su propia historia y en el caso de niños con déficit, condicionados a su vez por la representación que puedan hacer de él en el entramado de dicha historia.

Se puede estimular el erotismo a costa de aplastar la autonomía o el surgimiento de otros deseos más allá del erotismo; se puede satisfacer el

apego y, no obstante, convertirse en un objeto persecutorio por la severidad de las prohibiciones o por la transmisión de ansiedad; se puede satisfacer el apego pero no ser capaz de empujar hacia la diferenciación, etc.

La madre o el padre como personas reales constituyen, psicológicamente, múltiples objetos en relación a las funciones que desempeñan a través del vínculo parental.

Los padres de los niños con ceguera, como examinaremos más adelante, pueden encontrarse con dificultades por exceso, por defecto o por distorsión, en la ejecución de alguna de las funciones. Ello dará como resultado diferentes condicionamientos en la estructuración psíquica del niño: en la línea de los déficits narcisistas o de las relaciones poco diferenciadas que algunas personas con deficiencia visual pueden presentar después.

Las dificultades de identificación con el hijo están en la base de las alteraciones en la ejecución de las funciones parentales. En relación con ello los profesionales debemos observar si alguna de ellas, que por otra parte deben darse contemporáneamente desde el principio de la vida, está dejando de ser puesta en práctica, no conformándonos con una observación superficial sobre una de ellas.

¿Cómo podría un padre con trastornos narcisistas valorar narcisísticamente a su hijo con discapacidad visual?

¿Cómo dar una respuesta cualificada si no se concede un estatus de persona diferenciada al hijo?

En ocasiones los padres se complementan en el desarrollo de estas funciones según el estado emocional en el que se encuentran tras el déficit.

Cuando nació J. con ceguera por un síndrome polimalformativo de evidencia aplastante en su rostro, la madre sufrió los efectos del déficit (mayores aún por la evidencia externa) especialmente en sus aspectos narcisistas. Durante el embarazo en sus fantasías se veía paseando a su bebé como algo que le reportaría valor a ella misma dentro de la pequeña comunidad en la que vivía, ya que se había considerado a sí misma siempre como una persona de poca valía.

De esta forma durante casi dos años se limitó con la niña a una relación de cuidados prácticamente desprovistos de afecto que, aunque efectuados desde «el deber» y su obligación como madre, le permitían preservar a la vez una cierta parte de su auto imagen sin llegar a desmoronarse por completo.

Mientras, el padre pudo hacer una escisión y hacerse cargo del contacto emocional con la niña estando a cargo de juegos, contacto corporal, manifestaciones de cariño, etc. El «olvido» y la relegación de los aspectos depresivos le permitió ejercer esa función parental. Al cabo de un tiempo manifestó que de no haber sido así no hubiera podido resistirlo.

Durante los primeros tiempos pueden encontrarse equilibrios aparentemente patológicos que cumplen una función defensiva y adaptativa a la situación traumática. Es preciso conocer el alcance y éxito adaptativo de estas «soluciones» así como, a qué necesidades de los padres responden para adecuar nuestra intervención.

3. La interacción

La interacción, según [Stern \(1998\)](#), hace referencia a la conducta manifiesta de respuestas encadenadas madre-bebé y, por tanto, es observable. En este sentido se diferencia de la «relación» en que es una representación de la interacción, basada en la interpretación de la interacción actual más la influencia de interacciones pasadas.

Como ya hemos señalado, nuestra concepción de la relación madre-bebé va más allá de la interacción, en términos estrictos de lo observable, interesándonos en la relación incluidos sus aspectos inconscientes o fantasmáticos. En cualquier caso resulta imprescindible el estudio de la interacción ya que a través de ella se vehiculizan los aspectos no observables. Es el terreno, como apunta Stern, donde tienen lugar las representaciones, los deseos, los temores y las fantasías sobre el niño. El bebé no captaría la vida mental de la madre salvo que ésta se exprese en su conducta. Por ejemplo, una madre que se viviera como rechazada por el bebé, tendería a un alejamiento o distanciamiento que en el nivel conductual se manifiesta como: menor contacto, desvío de mirada, etc.

Es decir, sus conflictos se transforman en un comportamiento interactivo con sentido para el niño, que a su vez desde fuera podemos observar.

Según Stern, la actuación sobre un bebé de una representación de la madre requiere acciones complementarias, es decir, el bebé da muestras de algo que activa una representación o un conflicto en la madre que entonces le responde «guiada» por ello.

Por ejemplo un bebé prematuro puede tener una cierta apatía en su respuesta como medida adaptativa que le protege de una cantidad de estímulos a la que no puede responder. La madre, ante esta actitud, puede conectar con un sentimiento de abandono respecto a sus propias figuras interiorizadas que podría traducirse en comportamientos agresivos hacia su hijo.

Mencionaremos algunas de las características principales de la interacción y remitimos al lector interesado a la bibliografía que permite profundizar en el tema.

Si la característica fundamental de la interacción es la influencia mutua de los participantes en la misma, interesa delimitar los factores que hacen que esas conductas y mensajes lleguen y sean recibidos.

Así, [Cramer y Brazelton \(1993\)](#) señalan la simetría, la sincronía, la contingencia y los juegos, entre otros, como los aspectos esenciales de la interacción.

La simetría hace referencia al respeto del adulto hacia el umbral de estimulación del bebé y toma en cuenta sus características personales (capacidad de atención, preferencias, etcétera).

La sincronía se refiere a la adaptación de la conducta del adulto a los ritmos propios del bebé. Esta adecuación de la madre a los ritmos del bebé le ayuda a reducir o controlar las respuestas que interferirían la atención necesaria para la interacción.

La contingencia hace referencia a que el adulto responde a la señal del niño con respuestas no eventuales, es decir con respuestas que «dan resultado», emitidas de forma inmediata permitiendo al niño asociarlas con su propia conducta. El niño aprende así que su comportamiento tiene efectos en el exterior y descubre esta relación.

Si no hay un adulto disponible afectivamente ocurre lo que Spitz describió en su estado más grave como «hospitalismo», es decir, un estado sumo de apatía y pasividad en el bebé al que llega tras fracasar en la búsqueda de alguien que le devuelva ese *feedback* sobre sus actuaciones.

Si esta respuesta se demora en el tiempo, al niño todo le parece ocurrido al azar y que no guarda relación con su comportamiento.

Aún cuando la madre no pueda dar al niño lo que desea, reconoce este deseo, su propia limitación para satisfacerlo y le ofrece una alternativa aceptable. Si la madre es poco sensible realizará su intervención sólo en función de su estado emocional.

La contingencia es básica, no sólo desde el punto de vista narcisista y de la seguridad afectiva, sino también desde el punto de vista del aprendizaje, pues es la respuesta contingente de la madre la que crea en el bebé la motivación para producir nuevas respuestas que van llevando a nuevas habilidades. A fuerza de repetición el bebé interioriza y podrá después representarse ese objeto que calma, en su ausencia, para recuperar el equilibrio. De esta forma, se da lugar al pensamiento. La angustia catastrófica, que amenaza con frecuencia al bebé, se torna así en angustia soportable.

Si lo que viene de fuera se toma como de uno mismo, como ya hemos señalado, el bebé, con la interiorización de un objeto gratificante, genera un sentimiento de confianza en sí mismo.

Si la necesidad no es satisfecha se interioriza una experiencia insatisfactoria: lo externo es malo, él es malo. Con estas premisas no obtiene valoración y confianza en sí mismo como sujeto, lo que en el futuro se traducirá en conductas de exigencia, tiranía, avidez o pasividad, inhibición, etc. (Ciccone, Golse, Stern, 1997).

Las características de la interacción van haciendo predecibles las secuencias de la misma y las conductas que madre y bebé emiten, finalmente, se conjugan en forma de juegos, donde existen unas reglas que ambos reconocen.

Estos «juegos» son descritos por Stern (1981) de menor a mayor complejidad:

- Actos maternos: conductas elementales tales como vocalizaciones, gestos, sonrisas, expresiones faciales etc. que despiertan la atención del niño.
- Períodos de atención mutua: estos períodos son variables y alternan con los de retirada de mirada que el bebé usa para regular su estado emocional, y que la madre, en condiciones normales, respeta.
- Juegos: son episodios de atención mutua donde se repiten secuencias de juego con variaciones mínimas.
- Secuencia global de juego: formadas por conjuntos de elementos de juego con un ritmo temporal y de contenido.

Algunos de estos juegos, según Lebovici, tendrían desde el punto de vista psicoanalítico, la función de elaborar y «dramatizar» lo pulsional. Por ejemplo los juegos en los que «se come al bebé» o juegos de «atrapar», donde se «dramatizaría» todo lo relacionado con la agresividad oral; al alternar el temor con sonrisas y amor, colaboran a integrar imágenes buenas y malas que el bebé tiene de la madre.

Estos juegos se desarrollan en lo que Winnicott llama «espacio de juego» que supone un cierto distanciamiento de lo concreto y donde los contactos representan comunicaciones intermedias de otro nivel distinto al de la pura estimulación y satisfacción corporal. Sin embargo la madre terminaría acudiendo a ésta si fracasara el juego.

En el caso de bebés ciegos y sus madres, como ya hemos mencionado, la interacción puede sufrir alteraciones. El bebé no puede percibir gestos y miradas de la madre, tiene más dificultad para atraer su atención y para comunicarle las pautas que regulan la interacción. Ambos tendrán que aprender a utilizar otras vías sustitutas de entendimiento para comunicarse estas señales.

Por otra parte, la dificultad de interpretar al bebé y de ser contingente en las respuestas suele deberse a una menor disponibilidad emocional de la madre, o a una mayor dificultad de identificación con el bebé, por el impacto emocional que la ceguera ha causado en ella. Estas dificultades pueden ocasionar pequeños desajustes, que se inscriben dentro de los márgenes de la normalidad, o revestir características patológicas. Estas cuestiones serán tratadas más detenidamente en el capítulo 4.

Una interacción de calidad debe reunir las características de: disponibilidad emocional, empatía, regularidad, continuidad y previsibilidad de los contactos (Stern, Golse et al. 1997). Aún así debemos señalar que nunca hay un ajuste perfecto entre necesidades del bebé y respuestas de la madre, lo cual también es necesario para el juego «omnipotencia-realidad»; estas pequeñas frustraciones normales y asumibles ayudan a la separación y a la elaboración

de microduelos necesarios para la aceptación no traumática de la realidad y la renuncia a la omnipotencia.

La interacción no tiene por qué verse necesariamente afectada por la deficiencia visual, aunque obviamente es preciso, como ya se ha dicho, buscar el acomodo de la díada.

Entendiendo la interacción en sentido amplio, debemos considerar diferentes dimensiones: comportamentales, afectivas y fantasmáticas.

Las primeras comprenden los aspectos observables (miradas, sonrisas, gestos, contingencia, etcétera).

La dimensión afectiva se refiere tanto a la tonalidad (placer, indiferencia, tristeza) como a la sintonía afectiva, es decir, según Stern, a la experiencia compartida, a la sensación de compartir que como observadores experimentamos cuando se da.

La dimensión fantasmática recoge el concepto (ya expresado en el [capítulo 1](#)) formulado por Lebovici y Cramer, de que para la madre el bebé puede ser el representante externo de su propia parte infantil y, por tanto, puede activar y reactivar tanto estas partes como los conflictos y defensas a ellos asociadas. La respuesta de la madre va perfilando a su vez la vida fantasmática en el niño según va surgiendo como una actividad del psiquismo.

El bebé se encontrará inscrito así en el entramado inconsciente de la madre desde el que ella atribuirá significado a la conducta del bebé. Estas atribuciones resultan necesarias y saludables cuando se hacen desde un proceso de identificación normal con el bebé y si respetan la realidad del niño. Cuando esta atribución constituye una proyección, no se tiene en cuenta al bebé real y se pierde la posibilidad de leer sus señales pudiendo tener efectos patogénicos sobre el desarrollo psíquico del niño.

La mamá de un bebé ciego no podía dejarle llorar en ningún momento porque, según ella verbalizaba, «ya bastante tiene». Conscientemente aludía a las visitas médicas que debía realizar con el niño, pero en un nivel latente se ponía de manifiesto que era ella quien «bastante tenía» y proyectaba en el niño su aflicción y pesadumbre traspasándole sus propios sentimientos como si fueran los del niño.

Por tanto, y en términos generales, debemos observar qué hace y dice la madre, pero también cómo lo dice y lo hace, qué siente o por qué cree que su bebé o ella actúan así. Para poder entrever lo fantasmático contamos también con el nivel transferencial y contratransferencial. Es decir, podemos ver cómo repercute en nosotros lo que ocurre en la interacción a través de identificarnos alternativamente con la madre y con el bebé y observando qué sentimientos o acciones provocan en nosotros sus comportamientos.

B., una niña gran prematura, había manifestado conductas de tipo autista en los primeros meses de vida como resultado de su larga estancia en incubadora,

y daba escasas respuestas.

La madre, dolida por ese aparente «rechazo» inicial de la niña, había puesto mucho de su parte para construir con ella una relación.

Cuando B. tenía un año, decía alguna palabra y era capaz de establecer un diálogo con emisión de silabeo. Sin embargo, la madre hablaba continuamente, formulando incesantes preguntas que ella misma contestaba.

Si, como observadores, nos ponemos en el lugar de la niña podemos sentir esa falta de espacio para realizar alguna manifestación. Si nos situamos en el lugar de la madre sentimos viva la angustia y el temor al «rechazo» que significa la falta de respuesta de la niña.

Las dificultades de la madre en la elaboración del duelo la llevan a negar el espacio imprescindible para la expresión de su hija, con lo que niega también las posibilidades de que ésta aumente sus recursos para establecer esa relación.

Esta doble y simultánea identificación nos ayuda a entender a ambas y a percibir la necesidad de prestar soporte a la madre en su ansiedad para que deje un espacio a la niña y compruebe las posibilidades de comunicación de ambas.

Hay que utilizar este método de observación partiendo de una formación suficiente y con cautela, con el fin de evitar ser nosotros mismos los que proyectemos nuestros propios conflictos infantiles.

En cualquier caso, debemos poner máximo cuidado en no erigirnos en jueces que determinen si una interacción es «buena» o «mala». En ocasiones los profesionales, identificándose parcialmente con el niño, juzgan severamente a los padres. Si esto ocurre, probablemente estamos influidos por nuestros prejuicios de lo que debe o no hacerse con un bebé o por la tendencia frecuente a criticar a la madre. Sí debemos, en todo caso, «escuchar» a ambos y observar si las comunicaciones llegan a término adecuadamente, si el bebé tiene su espacio propio, y cual es el clima emocional de ambos.

Para ayudarnos existen medios más estructurados como escalas de observación, test de desarrollo, el juego de la madre y el bebé, la entrevista clínica. En referencia a esta última es interesante tener en cuenta lo que [Mazet \(1990\)](#) define como investigación sincrónica (cómo ven y definen los padres al niño actual) y diacrónica (historia de los padres, del niño y de la relación).

Volveremos más adelante sobre alguna de estas cuestiones en el capítulo dedicado a los padres.

Como resumen de las dificultades que el niño con ceguera puede encontrar en el desarrollo emocional señalaremos las que nos parecen más relevantes y determinantes.

- *En la vinculación afectiva misma.*

La mirada fomenta en sí misma la vinculación, ya que es en ella donde la madre lee los primeros indicios de reconocimiento y preferencia cuando el niño fija en ella su propia mirada. La privación de la mirada como código preverbal universal de valor afectivo y relacional incuestionable conlleva posibles sentimientos en los padres de rechazo, tristeza, desconcierto, extrañeza, etc.

- *En la expresión de emociones.*

A través de la mirada el bebé expresa deseo, interés, alegría, atención, rechazo o desagrado. Sobre todo durante el período preverbal, en el bebé ciego suele darse menor expresividad facial y una cierta apariencia de pasividad lo que puede dar lugar a sentimientos en los padres de incompetencia, desorientación, etc.

- *En la regulación de la interacción.*

A través de la mirada el bebé inicia, mantiene, concluye o evita la interacción. Y expresa la distancia óptima en la que desea establecerla. La situación que produce la falta de esta información (también afectiva) provoca —en combinación con otros factores— el riesgo de ocasionar una interacción invasora o su contrario, una interacción escasa o distante.

- *En la comunicación de las demandas.*

Durante este período (preverbal), tanto el bebé como las figuras de cuidado utilizan su mirada para indicar el referente (el biberón, la puerta, el coche, etcétera).

La ceguera obviamente supone una dificultad para indicar-reconocer el referente de las primeras intenciones comunicativas.

- *En los intercambios con el exterior.*

La visión es en sí misma fuente de estimulación, de contacto con el exterior. La percepción continua del «afuera» facilita la descentración e invita (obliga a veces) al sujeto a relacionarse con esa exterioridad. Cuando falta, se produce una tendencia a la introversión y riesgo de aislamiento. La ausencia de estímulos visuales, no es, aunque a veces se suponga, causa suficiente del aislamiento si no, más bien, una fuente circunstancial de problemas de comunicación, y son éstos, y no aquélla, los que pueden ocasionar diferentes formas de autismo.

- *En la diferenciación «yo» - «no yo».*

La visión favorece el paso del egocentrismo a la descentración en tanto que permite percibirse a sí mismo desde fuera, desde un «otro» aún por configurar. La visión, podríamos decir, hace individuo. Distingue y reconoce a un sujeto de entre otros sujetos. Sin ella el niño ciego encuentra más dificultades en el

reconocimiento de sí mismo como un sujeto en relación con los demás sujetos. Lo que queda patente en el retraso del empleo correcto de las formas deícticas del lenguaje.

- *En el proceso de separación de las figuras maternas.*

La deficiencia visual, como otras, significa también un déficit en el grado de independencia y separación del niño de las figuras de cuidados. La falta de autonomía con respecto a los demás que sufre cualquier persona con discapacidad produce frecuentemente en el niño un conflicto de personalidad que se resuelve entre dos polaridades en tensión: la personalidad «dependiente» o la «megalómana». En otras palabras, o bien el niño se somete al otro o bien toma el camino alternativo utilizando defensas negadoras y maníacas y aparentando una falsa independencia.

En suma, en la aspiración de todos de conseguir una actitud lúdica que permita gozar del proceso de crecer, el niño ciego se ve obligado, como consecuencia de problemas ya mencionados y otros que no lo están, a pagar un plus de esfuerzo respecto a los demás. Pero, si bien este esfuerzo suplementario es inevitable, la respuesta personal que cada sujeto da, o la lectura que de él hace, puede adoptar muy distintas formas. Es esta variedad de respuestas la que da el margen a la atención temprana para ayudar a los niños ciegos y sus familias a encontrar una vía de adaptación que les permita, si se nos admite la expresión, ser «felices».

[Volver al Índice / Inicio del Capítulo](#)

Capítulo 3

Conductas adaptadas a la ceguera e indicadores de desviación del desarrollo

La ceguera como factor de vulnerabilidad en el establecimiento del funcionamiento psíquico

Cualquier discapacidad sensorial, física o psíquica obliga al individuo y al entorno que le acoge a realizar un esfuerzo de adaptación y a suplir, con recursos alternativos, las carencias de que se trate, con el fin de actualizar en lo posible el desarrollo potencial del sujeto.

Sin embargo, para que las capacidades potenciales de cada niño puedan aprovecharse y desarrollarse satisfactoriamente, son precisas condiciones determinadas que no siempre se dan, y en las que intervienen a su vez factores de orden muy diverso: emocionales, cognitivos, sociales, culturales. Muchos autores conocedores del tema, coinciden en afirmar que la existencia de una discapacidad es en sí misma factor de riesgo para el desencadenamiento de otras perturbaciones del desarrollo, que se asocian a la discapacidad original.

Recogemos, entre otras posibles citas, las siguientes:

«La simple existencia de una minusvalía parece suficiente para colocar al niño y a su familia en una seria situación de riesgo de desarrollar pautas probablemente poco favorables para el desarrollo» ([Guralnick y Bennett 1989](#)).

Los niños con una minusvalía parecen mucho más propensos a presentar dificultades sociales y emocionales. (Baker y Catwell, 1982).

Son precisamente estas limitaciones añadidas a la disfunción misma las que deben prevenirse desde una intervención cualificada y cuidadosa.

En el marco de este trabajo hablaremos de desviaciones del desarrollo desde un sentido más cualitativo que cuantitativo. La adquisición de determinadas funciones yojicas con un cierto retraso supone, sin duda, un empobrecimiento más o menos serio para la personalidad del niño. Sin embargo, aún siendo estas adquisiciones muy importantes, no es nuestro propósito detenernos ahora en ellas.

Queremos referirnos aquí a las desviaciones que implican una alteración cualitativa de la personalidad; aquellas que suponen para el sujeto una quiebra en la estructuración de su psiquismo.

Partimos de la concepción, avalada por los autores de la línea psicodinámica, de que sólo un desarrollo emocional suficientemente bueno posibilita el desarrollo general del niño de una forma integrada.

Todos hemos conocido niños con buenos desarrollos parciales de algún área (por ejemplo, la motricidad) incapaces sin embargo de relacionarse con los otros y con el medio de una forma independiente, sana y armónica.

Centraremos nuestra atención en el desarrollo emocional del niño a través de conductas observables como expresiones del mismo.

Es común una cierta reticencia a aceptar la existencia de conflictos psíquicos en niños pequeños, quizá por una tendencia generalizada a idealizar la vida infantil. Posiblemente sea ésta una de las razones que hace olvidar, en ocasiones, el peso de los aspectos emocionales en el desarrollo general del niño.

Examinar la adaptación o desviación de algunas conductas significa poder prevenir las alteraciones añadidas, porque es en estos primeros años, donde todavía puede ser bastante modificable el funcionamiento psíquico.

Somos plenamente conscientes de la prudencia con que debemos tratar estas cuestiones y de la necesidad de perder la ilusión de «omnipotencia preventiva» (Mazet, 1990).

Y esto tanto por la dotación orgánica y constitucional del bebé, como por la incidencia de la psicopatología parental, no siempre controlable.

Pero, en cualquier caso es un hecho que la misma situación traumática no genera en todos los sujetos la misma respuesta, lo que hace pensar en un margen para la intervención preventiva. Merece la pena detenerse brevemente en el concepto de vulnerabilidad, que avalaría esta afirmación:

Vulnerabilidad es la diferente resistencia a la influencia desorganizadora que tienen sobre el psiquismo los conflictos y las emociones. Se relaciona con la sensibilidad y la debilidad de los medios de que dispone un niño frente a un factor de perturbación.

Es la interacción dinámica entre padres y bebé, con sus factores de riesgo pero también con sus mecanismos de adaptación, y la articulación entre los distintos factores, lo que da el margen individual al sujeto para dar respuestas más o menos adecuadas y siempre singulares.

Esto no significa que deba entenderse que los períodos críticos del desarrollo, o las crisis puntuales que se desencadenan en momentos determinados ante un conflicto, sean en absoluto indicadores de alteraciones de la personalidad o de conductas inadaptadas.

Los conflictos psíquicos forman parte del desarrollo y están estrechamente vinculados a él.

Los conflictos y las tensiones psíquicas, siempre que su intensidad sea moderada, son factores de desarrollo. Es más, la ausencia de la satisfacción inmediata de las pulsiones, y por tanto, cierto nivel de tensión y conflicto, son

necesarios para que se desarrolle el pensamiento.

Es precisamente por estas consideraciones que venimos realizando por lo que resulta necesario determinar los factores de riesgo de cada discapacidad, las conductas que, aún resultando peculiares, son adaptativas a un determinado déficit, las verdaderas señales de desviación del desarrollo, y los mecanismos y las razones que explican por qué cada una de ellas se asocia a las diferentes patologías.

Warren (1984 y 1994) recoge los estudios realizados sobre el desarrollo de la personalidad de los niños con ceguera en los que, en un principio se delimitaban dos líneas bastante diferenciadas: la de aquellos que opinaban que existía una personalidad específica de las personas con ceguera y una segunda corriente que afirmaba que no necesariamente debía ocurrir así. Hoy día está admitido, como el propio Warren señalaba después de su análisis, que la persona con una discapacidad se desarrollará según hayan sido sus vicisitudes en las primeras relaciones, pudiendo existir entre ellos las mismas diferencias que entre otras personas.

Estudios realizados en los años 50 lanzaban cifras elevadas de niños deficientes visuales con trastornos graves de la personalidad. Autores de la escuela psicoanalítica como Fraiberg, Wills, Burlinham, en los 70 y 80 también observaban una mayor incidencia de conductas y evoluciones de tipo autista que en la población sin déficit. Afortunadamente todas las autoras referidas se interesaron en analizar cualitativamente la influencia del déficit visual grave en el desarrollo de la personalidad y así permitimos intervenir desde el apoyo a los niños y a sus padres.

Sin ser la pretensión de este libro, recogemos a continuación, a través de Warren, algunas de las características que se han estudiado sobre los niños con ceguera.

Burlinham interpretaba la gran pasividad de algunos bebés como una reacción a la retirada afectiva que la madre previamente le había hecho, es decir, la pasividad como un síntoma de tipo depresivo.

El conflicto con la dependencia lo atribuye tanto a la ceguera, que impide en buena medida al niño volverse hacia el entorno, como a que la madre, debido a sus deseos de muerte, lo mantiene cerca de sí fomentando esta dependencia, haciendo más larga la fase del conflicto.

En cuanto a la menor expresión de la agresividad, se puede interpretar como un temor a perder el amor de aquellos de quienes dependen o por las dificultades del niño para comprobar las consecuencias del acto agresivo con temor quizá a resultados catastróficos (Burlinham), mezclándose aquí, apuntamos, las dificultades que la ceguera impone en las primeras edades para distinguir fantasía de realidad, deseos agresivos y cumplimiento o realización de los mismos.

Sandler opina que, al tardar más el niño con ceguera en «salir» al exterior,

obtiene menos satisfacción del mismo; encuentra frente a las frustraciones menos actividades sustitutivas que no sea la inmediata descarga y estimulación somática explicando así las conductas auto-estimulativas y los lapsos pasivos que bastantes niños ciegos presentan.

Fraiberg apunta que los niños ciegos tardan más en interiorizar e identificarse con características de sus padres (como se pone de manifiesto en el juego simbólico en el que la representación de papeles aparece después de los dos años) y también debido a que tardan más tiempo en tener una representación estable de la madre.

A pesar de estas y otras características que, efectivamente, podemos observar en niños con ceguera, Warren concluye que los trastornos emocionales severos, con origen en los primeros años son el resultado de una interacción compleja de factores perceptivos, cognitivos e interpersonales.

[Manzano \(1997\)](#) afirma que el déficit no determina un trastorno del desarrollo ni una evolución psicopatológica, si bien manifiesta que efectivamente el niño con ceguera va a encontrar dificultades en el camino hacia la autonomía y hacia el establecimiento de una identidad específica.

Después de haber asistido, y esperamos que influido positivamente, en el desarrollo de muchos niños con déficit visual grave, estamos convencidas de que el déficit visual impone sus dificultades, imposible negarlo, pero los trastornos emocionales severos de tipo autista o psicótico son cada vez menos frecuentes y están estrechamente relacionados con las posibilidades de ofrecer al niño un sostén emocional y cognitivo adecuado.

En el caso de los niños ciegos podríamos centrar estas dificultades iniciales que colocan al sujeto en una situación de riesgo en torno a los siguientes núcleos:

En lo cognitivo. La ceguera impone una limitación para codificar muchos de los estímulos que llegan del exterior, por su misma condición visual, y conlleva además dificultad para integrar e interpretar otros que sí llegan por los canales perceptivos restantes, pero que se registran aisladamente, dificultando la percepción global de una situación determinada.

En lo afectivo. Los padres se hallan inmersos, durante los primeros meses de vida del bebé, en una crisis emocional, que en el mejor de los casos supone la elaboración del duelo por la pérdida del niño esperado, y la asunción de un hijo real con una deficiencia.

En este trabajo trataremos de precisar ciertas conductas que presentan algunos niños ciegos y que, en nuestra opinión, pueden ser señales de dificultad en el desarrollo o bien signos manifiestos de alarma que expresan detenciones del desarrollo y que, en los casos más graves, se constituyen como cuadros psicóticos. Nuestro interés en el estudio de estas conductas es ayudar a los profesionales o personas que tengan relación con estos niños a diferenciar conductas adaptativas (aunque a veces parezcan patológicas) de

conductas que deben considerarse de «alarma» y que en numerosas ocasiones hemos visto achacar como «normales» a la ceguera, permitiendo su establecimiento y la consiguiente alteración del desarrollo.

Por tanto la detección de estas conductas estará muy lejos de ser una predicción, sino que tendrá un claro carácter preventivo tratando de aprovechar el margen que nos presta el saber que un entorno y unas relaciones adecuadas pueden ayudar a un desarrollo positivo.

Nada peor para unos padres que predijéramos desastres a través de las señales de «alarma», ya que aumentaríamos su descalificación y la herida narcisista, cuando lo que debemos hacer es ayudarles a superar las dificultades y re encontrar sus capacidades personales para adecuarse a las necesidades del bebé; seguramente este estado de «discapacidad» de los padres, en muchos casos, es una disfunción pasajera y potencialmente reversible.

Para valorar algunas de estas conductas, debemos acudir al análisis de los motivos que pueden estar provocándolas y a la finalidad para la que el niño parece utilizarlas. Creemos que son precisamente los motivos y las finalidades los que nos hablan de la gravedad más que las conductas en sí mismas.

En el marco en el que pretendemos encuadrar esta exposición, muchas de las cuestiones que plantearemos estarán formuladas como interrogantes. Lo hacemos así de forma intencional porque el propio método que nos lleva a comprender la conflictiva es la duda, la respuesta abierta.

Lógicamente, la adecuación o inadecuación de estas conductas debe valorarse en relación con el momento evolutivo del niño. Seguiremos, como esquema de referencia, la descripción de las etapas evolutivas del desarrollo emocional del bebé, realizada por M. Mahler para la población general, ya que concreta de forma observable un proceso en el que hoy se está de acuerdo en general: la evolución desde la dependencia total hacia la autonomía, de especial dificultad en la población que nos ocupa.

Al objeto de poder avanzar en la observación, valoración y prevención de los principales riesgos a los que el bebé ciego está expuesto, hemos seleccionado algunas conductas clave, a través de las cuales el bebé nos habla de su mundo interno: de sus sensaciones de placer y displeacer, de sus miedos y de sus necesidades.

Seguiremos el desarrollo emocional del niño descrito por M. Mahler y relacionaremos para cada una de las fases las conductas más significativas esperables en la población de niños ciegos y las que pueden indicar desviación de desarrollo.

Cada una de estas conductas, tomada aisladamente, no supone necesariamente patología, pero cuando en un niño se observan varios comportamientos indicadores de desviación, debemos pensar que algo, no intrínsecamente derivado de la privación visual, está siendo un obstáculo en la

buena marcha del desarrollo.

1. La simbiosis

En las primeras semanas de vida el bebé está inmerso en un período de «autismo», en el que predominan procesos fisiológicos más que psicológicos. Podría hablarse de una ausencia relativa de catexia de los estímulos externos. Su finalidad es facilitar el crecimiento fisiológico y mantener el equilibrio homeostático.

Hacia el final del segundo mes tiene lugar el paso hacia la fase simbiótica. Vendría dado por una oscura conciencia de que parte de la satisfacción de las necesidades proviene de algo fuera de sí mismo.

La barrera protectora de los estímulos del período anterior empieza ya a convertirse en receptora.

En la fase simbiótica el bebé y su madre funcionan como una unidad dual, como un sistema omnipotente, con un límite unitario común.

Frente al período autístico, y por la propia evolución neurológica, en esta fase el niño ya puede reconocer diferenciadamente los estímulos que proceden del interior o del exterior, aunque la madre es reconocida únicamente como una parte de sí mismo, que él puede controlar.

Durante este tiempo la madre, desde el proceso de identificación primaria (Winnicott), colabora a esta simbiosis con su conducta de adivinar las necesidades del niño y responder a ellas inmediata y adecuadamente.

Es ahora también cuando las imágenes del yo y del objeto comienzan a conformarse a partir de las experiencias emocionales placenteras y no placenteras y de las percepciones globales que se asocian con ellas.

Si la madre se muestra impredecible, el niño la vive como separada de él demasiado pronto no permitiendo el establecimiento de la simbiosis. El niño, para evitar esta experiencia de separación demasiado brusca y la ansiedad que generaría, puede que acuda a su propio cuerpo que está ahí de continuo. La simbiosis es «muda», como decía Bleger (1961), sólo aparece sintomatología en casos de ruptura de la misma.

El niño con un déficit rompe la matriz simbiótica postnatal, no confirma la ilusión primaria porque afirma brutal y traumáticamente su «alteridad» ([Cicccone y otros, 1997](#)). El bebé puede llegar a convertirse en una figura persecutoria ya que pone en evidencia las limitaciones que los padres sienten tener para cuidarle, entenderle, etc.

Conductas adaptadas

El bebé ciego puede parecer pasivo, sobre todo si nos limitamos a observar la expresión de su rostro, pero desde muy pronto da muestras de atención a los

estímulos externos:

- Es muy receptivo al sonido. Se pone alerta y lo manifiesta con una cierta elevación del tono corporal y paralización de la actividad.
- Comienza la sonrisa social a una edad similar a la de los niños videntes, si bien sonríe con menos frecuencia y precisa mayor nivel de estimulación para ser provocada.
- Sonríe ante el contacto y a la voz de la madre.
- No obstante es normal que su umbral ante los estímulos sea bajo y que, cuando lo sobrepasemos, el bebé retire bruscamente su atención y se muestre irritable.
- Esta baja tolerancia del estímulo es muy acentuada en niños prematuros (en la actualidad la incidencia de ceguera por retinopatía del prematuro es todavía alta). En estos casos, el niño además de desorganizarse pronto, halla grandes dificultades para reencontrar el equilibrio. Esta hipersensibilidad es propia de la inmadurez neurofisiológica y no debe confundirse con los indicadores de desviación del desarrollo, aunque debemos estar muy atentos a su evolución.
- En general al bebé ciego sano le gusta el contacto corporal y se calma cuando le toman en brazos.
- Comienza una cierta actividad con sus manos: juega con ellas, se prende del jersey del adulto...
- Desde bastante pronto, parece tranquilizarse e interesarse por las manos del adulto, cuando éste se las coloca entre las suyas.

Señales de alarma

Durante este período no resulta fácil hablar de indicadores de desviación del desarrollo, aún cuando ciertos síntomas pudieran considerarse como tales. Problemas de sueño o alimentación, por ejemplo, podrían tratarse de desajustes evolutivos propios del período.

No obstante, podemos observar situaciones en la interacción, que pronostican posibles desviaciones futuras. Desde el momento en que estas situaciones se empiezan a configurar, comenzaría una determinada línea de intervención.

Sin querer ser exhaustivos, pretendemos recoger aquí algunas de aquellas conductas, que podrían estar indicando un fallo en el establecimiento de estos primeros vínculos.

En este sentido, podemos tomar como señales de alerta para este período las siguientes:

- Indiferencia ante el sonido:

El niño no da ninguna respuesta al sonido y, en particular, a la voz de la madre.

No debemos confundir esta conducta con la de quietud, en el sentido de suspensión de la actividad, que demuestra atención y un estar alerta al estímulo externo. A las diez semanas de vida, el bebé ciego responde discriminadamente al sonido de la voz de la madre (Freedman, 1979), por ello *no hacerlo* debe considerarse indicación de desviación del desarrollo.

- Rechazo al contacto:

El niño prefiere estar siempre echado; no le gusta que le cojan en brazos y cuando está en ellos no hay acoplamiento al cuerpo del adulto. Puede observarse entonces cómo el bebé pone el cuerpo rígido o inquieto, como rechazando el contacto. Entonces el adulto trata de ayudar al bebé a reencontrar el equilibrio y busca distintas respuestas; cuando no lo consigue suele sentir desazón e impotencia.

Cuando estas situaciones son habituales la madre se siente incompetente (mala madre); en un intento defensivo busca una explicación racionalizadora que le lleva a inhibir el contacto y evitar así estos sentimientos tan desagradables.

En niños hospitalizados o que han tenido experiencias dolorosas en el nivel corporal, cabría esperar este tipo de comportamientos.

Si estas conductas se presentan sin antecedentes que nos las hagan explicables tendrían peor pronóstico. En cualquier caso, la explicabilidad del comportamiento no sólo no invalida la intervención, sino que la orienta en una determinada dirección.

Además de las conductas propias del bebé, puede considerarse señal de alarma la actitud distante de la madre que, por razones de índole emocional o de cualquier otro tipo, le llevan a no poder aproximarse a su hijo y tocarle; o bien mantiene con él un contacto robotizado o excesivamente ansioso.

Teniendo en cuenta que la simbiosis se establece a través de la experiencia cenestésica (Spitz), la privación de esta experiencia, cualquiera que fuera la razón, podría llevar al niño a fijarse en esta fase y a desarrollar un cuadro autista (Freedman 1971).

2. La diferenciación

Es el primer subperíodo de la fase de separación, que se inicia entre el cuarto y el quinto mes. Vendría marcado por la madurez neurofisiológica del bebé, que le permite estar más permanentemente alerta cuando está despierto.

El niño dispone de más tiempo para permanecer en contacto con el exterior y para tener nuevas experiencias.

A partir de los seis meses, aparecen los primeros intentos de experimentar más activamente con la separación, fundamentalmente de la madre.

Conductas que así lo ponen de manifiesto son: poner el tronco erguido y separarlo del cuerpo de la madre para contemplarla; jugar con objetos personales de ésta, como su collar o sus pendientes; desprenderse de sus brazos e iniciar las verdaderas separaciones físicas.

Esta experimentación permite el reconocimiento de la madre y el inicio de su individuación. Sólo entonces puede dedicarse a una prolongada exploración de los otros, siempre en referencia con ella.

Son la curiosidad y el asombro los elementos predominantes en el examen de los extraños. Estos elementos sólo se ponen al servicio del conocimiento si ha existido una confianza básica suficiente en la fase simbiótica, que proporciona la base sólida desde la cual se puede salir con confianza al mundo de los otros.

La ansiedad aguda ante los extraños, como conducta predominante en este período, vendría dada por una relación desajustada durante la fase simbiótica.

Recordemos a Winnicott, que sitúa también en este período la aparición del objeto transicional, precisamente como puente entre la madre y el mundo externo; primer intento de simbolización de la madre concreta. Este tipo de objeto (el osito de peluche, el pañuelo de la mamá, pero también otros) neutraliza la angustia de separación, pertenece a un área intermedia y no resulta tan incontrolable como la madre.

La situación óptima sería aquella, en que las funciones del yo, que sirven a la individuación, corren parejas con la conciencia de separación y de diferenciación de la madre.

El proceso intrapsíquico de separación-individuación transcurre por dos vías interrelacionadas: el de la individuación o evolución de la autonomía del niño (percepción, memoria, cognición y la prueba de realidad) y el de la separación (diferenciación, distanciamiento, formación de límites y la desvinculación de la madre). Se trata de un período fundamental para la estructuración del psiquismo. El reconocimiento del objeto como algo separado de uno mismo implica la renuncia al anhelo fusional, pero permite identificar al otro como otro ser con vida propia y por tanto identificarse uno mismo como separado.

La pérdida en la separación, o el temor a ella hace que se ponga en funcionamiento la representación simbólica del objeto ausente para contrarrestar la ansiedad. Las evoluciones psicóticas serían producto de un fallo en este período donde no se llega a interiorizar al objeto como otro ni a diferenciar el Yo del NoYo, el adentro del afuera.

Conductas adaptadas a la ceguera

- Es normal esperar en los niños ciegos una prolongación de la fase

simbiótica motivada por la dependencia objetiva que el déficit impone. Incluso sería una situación a favorecer por la madre. Así mismo se difiere el paso al siguiente período, lo que se observa en el retraso de las conductas de ejercitación motriz y extrañamiento. Parece que a los niños ciegos les cuesta dar los pasos que dan la entrada a períodos evolutivos nuevos lo que resulta adaptativo a la privación visual. En palabras de [Wills \(1979,1970\)](#): «ponen considerable energía en preservar el estatus de cada etapa» o «atarse a la rutina indica que el niño ciego está luchando para organizar su experiencia y que una rutina conocida es una de sus defensas contra la confusión».

- El bebé ciego, en este período, descubre su propio cuerpo y comienza a explorarlo (juega con sus manos, coge sus pies...)
- El niño reconoce a la madre como algo separado de él.
- Muestra interés en explorar su rostro, su pelo y objetos característicos como sus pendientes o su camisa.
- Conoce y mantiene relaciones particularizadas con otros miembros de la familia como el padre y los hermanos. Un bebé ciego de 8 a 10 meses puede mostrar conductas diferenciadas y cuando le coge en brazos su padre, por ejemplo, quitarle las gafas.
- La sonrisa social es abierta como respuesta clara a la interacción.
- Contacta con el mundo exterior desde una posición corporal más activa que se traduce en la verticalidad del tronco (sedestación), aunque todavía no se inician en general las conductas activas de separación física de la madre (gateo).
- Surgen las emisiones preverbales: vocalizaciones y silabeos.
- Comienza ya el «diálogo» preverbal que se articula en tiempos de emisión y escucha entre la diada. En este diálogo vemos ya la imitación del tono emocional por parte del bebé. Esta conducta es un claro exponente de la diferenciación.
- Se despierta el interés por los objetos. El niño los coge, los busca, quiere tocarlos y realizar ya algún tipo de exploración (los agita, los chupa, los golpea...)
- Puede llevar sus manos a línea media y jugar con los objetos en este espacio. Ya desde este momento las manos del niño ciego empiezan a adquirir un papel predominante como órgano primario de percepción y como fuente de reconocimiento del exterior.
- A veces también pueden comenzar ya algunas estereotipias motoras, como balanceos, agitación de manos y brazos, o presión de los globos oculares. Cuando no son excesivamente prolongadas o reiterativas y el niño las abandona sin mucha dificultad, espontáneamente o por la llegada de un

estímulo externo, no podrían considerarse señal de desviación del desarrollo, aunque deban ser abordadas en un marco educativo.

- Al final del período el niño puede tolerar alguna frustración como es el tiempo de espera al alimento. Debe poder reclamar activamente y hacerse entender:

Señales de alarma

- Es un niño pasivo y no hace las demandas propias de la crianza (protestar cuando tiene hambre o está incómodo).

La tendencia a la pasividad puede ser constitucional y además se acentúa en los niños ciegos. Las madres entonces suelen sentirse muy desorientadas o bien interpretan que su propio «maternaje» es eficaz y «todo marcha bien». Entonces la pasividad se realimenta y el bebé queda imposibilitado para comunicarse con el exterior.

En otros casos el bebé nace con una energía de vida normal, pero la madre no está en condiciones de responder a sus necesidades; por no saber interpretar, por depresión, por imposibilidad de identificarse. También en estos casos la respuesta del bebé puede ser muy destructiva para sí mismo: retira su interés por el otro y por el medio y se repliega a un estado de aislamiento, o bien continúa la evolución en algunas áreas de su desarrollo pero con serias fallas en la estructuración de su personalidad

- Se centra en su propio cuerpo y manifiesta escaso interés tanto por el mundo de los objetos como por los humanos.

Ya pueden comenzar algunas de las conductas estereotipadas de mayor gravedad incluidas en la categoría denominada «autosensorialidad», son conductas de fondo autístico con la finalidad de aislar al sujeto del mundo externo ([Cantavella y cois. 1992](#)).

Cualquier conducta autoestimuladora de esta categoría desde este momento evolutivo en adelante puede tomarse como señal inequívoca de desviación.

- Llora, grita o da muestras de incomodidad cuando se le toca.
- Es necesario un alto nivel de estímulo para obtener alguna respuesta positiva: sonrisa, risa, vocalizaciones, etc.
- Es un bebé excesivamente irritable y cuesta mucho calmarle; parece intranquilo o nervioso. Esta conducta está frecuentemente relacionada con alteraciones neurológicas.
- No aparecen conductas que indiquen preferencia por la madre o por la figura de cuidados.
- No muestra interés en explorar partes del cuerpo de la madre o sus objetos

personales.

- El niño no emite sonidos ni da muestras de intentarlo.
- No presta atención a la voz humana de forma habitual.
- Mantiene sus puños cerrados cuando intentamos que nos toque.

Los trastornos de alimentación y sueño pueden interpretarse como están valorados en la psicopatología general. No obstante debemos recordar que es precisamente en esta área donde se refleja claramente la dinámica relacional y que la ceguera del bebé añade un factor de riesgo en la misma.

Aprovechamos esta ocasión para aludir a la interpretación que de la «conducta de retraimiento» hace Guedeney (1999). Según nuestra experiencia, esta conducta, en el caso de niños con deficiencia visual, no está justificada por el déficit en un sentido estricto, sino que debería interpretarse como cuando surge en cualquier otro niño, como un fracaso de otras defensas frente a la desincronización, tal y como lo expone el propio Guedeney. Sería una respuesta del tipo de la indefensión aprendida, en la que el bebé ya no confía en la recuperación del objeto.

En algunos bebés configuraría un cuadro de tipo «depresivo», con humor deprimido o irritable, disminución del placer, del interés en actividades de su edad, de la capacidad de protesta, y restricción de las interacciones.

Entre los diferentes signos que Guedeney ha incluido en su escala figura uno que llama «atractividad» que nos parece especialmente relevante. Es decir, el esfuerzo necesario para mantener el contacto con el niño y el sentimiento de placer que ese contacto proporciona.

Cuando algunos de estos signos han aparecido en un bebé ciego resultaron ser interpretables en el mismo sentido que Guedeney les da en cualquier bebé.

3. Ejercitación locomotriz

El período de ejercitación se extiende entre los 10 y los 18 meses aproximadamente. Viene determinado por la posibilidad del niño de separarse activamente de su madre. La separación física es posible gracias a la adquisición de dos conductas motrices básicas: el gateo y la marcha autónoma.

Tres desarrollos simultáneos confluyen en el camino hacia la individuación: «la diferenciación corporal de la madre, el establecimiento de un vínculo específico con ella y el desarrollo y funcionamiento de los aparatos autónomos del yo» (Mahler, 1977).

El interés por la madre se extiende al mundo de los objetos, aunque ella sigue siendo para el niño su principal centro de interés y la sigue necesitando como referencia estabilizadora. No obstante, es un momento de expansión en el que el niño está en «idilio con el mundo».

Comprueba sus recursos y disfruta de su autonomía y, al tiempo, se da cuenta de que puede permanecer a una cierta distancia de la madre.

En los comienzos de la deambulaci3n el placer de experimentaci3n es tal, que el ni1o vive momentos de omnipotencia ajeno a los peligros e ignorando incluso el propio da1o f3sico.

«En el mes que sigue al logro de la locomoci3n activa libre, la afirmaci3n de la individualidad avanza a pasos agigantados. Esto parece ser el primer gran paso hacia la formaci3n de la identidad» (Mahler, 1977).

Conductas adaptadas a /a cieguera

- Hacia el a1o, el ni1o ciego tambi3n puede establecer un v3nculo espec3fico con su madre y, a lo largo de este per3odo, da claras muestras de extra1amiento.
- Soporta distancias espaciales y aplazamientos temporales tolerando la espera. Protesta pero consigue reequilibrarse con el apoyo y el 3nimo que la madre le ofrece ya verbalmente.
- Muestra los primeros indicios de negarse a algunas imposiciones del adulto. Por ejemplo, se enfada claramente y se resiste cuando lo visten.
- Frente a los anteriores per3odos en los que el contacto era preferentemente de tipo proximal, ahora empieza a cobrar importancia la modalidad auditiva y se da un declive de la importancia relativa de la cenestesia como modalidad principal en la relaci3n.
- Se retrasa adaptativamente la marcha aut3noma. Aunque el ni1o ciego consigue de alguna forma separarse corporalmente de la madre (repta, culea o camina con apoyos), parece saber que sus recursos son a1n limitados para controlar la estructura del espacio exterior. Creemos que no hay que forzar la marcha aut3noma sino tranquilizar a los padres explic3ndoles lo que esta conducta supone para un ni1o sin visi3n y su significado. Siendo la conducta y sus fechas de adquisici3n muy populares, los padres pueden preocuparse si m3s all3 de los 14 meses el ni1o no camina con independencia.

Pero la adquisici3n de la marcha independiente tambi3n es un momento de ambivalencia por lo que supone de p3rdida de control sobre el ni1o y de separaci3n «efectiva», acrecentando temores y deseos que hasta ese momento podr3an haber permanecido ocultos. Esta ambivalencia de los padres, si es patol3gica, puede dificultar severamente la separaci3n del ni1o conden3ndolo a una dependencia no justificable por la privaci3n visual. Esto prolongar3a innecesariamente la indiferenciaci3n de los per3odos anteriores y podr3a precisamente plasmarse en ese retraso importante en la adquisici3n de la marcha aut3noma y en su proceso general de crecimiento.

En esta 3poca, el ni1o ciego camina y disfruta con ello, siempre que disponga

de algún apoyo que pueda utilizar (más como referencia espacial que como apoyo motriz). Es quizá en esta etapa cuando el niño ciego se siente también muy seguro y con sensación de omnipotencia, ya que parece poder controlar mágicamente el entorno aunque sea a costa del «andamiaje» que la madre le está prestando.

No obstante, algunos niños ciegos con desarrollos motrices más precoces consiguen la marcha autónoma antes de los 18 meses.

- El miedo ante el espacio, por parte del niño, indica conciencia de peligro, sentido de realidad y conciencia de la separación.
- En este período el niño da muestras de conocer la existencia del objeto al margen del contacto que esté manteniendo con él, lo que supone que ha adquirido ya la noción de permanencia de objeto, en el sentido al que se refiere Piaget.
- Le gustan los juguetes, los busca y los retiene. Conoce los objetos familiares y tiene preferencia por algunos de ellos. Sin embargo, es habitual observar al niño ciego de esta edad disfrutar agitando y golpeando repetidamente los objetos con el fin de producir ruido, conducta aprendida en el período anterior.
- Se prolonga también durante largo tiempo la exploración oral de objetos, aunque se alterna ya con una exploración táctil.
- Aparecen las primeras palabras con sentido comunicativo.

Señales de alarma

- Le gusta mucho estar solo y le molesta que le interrumpan.
- Después del año no hay muestra alguna de extrañamiento ni preferencia por personas.
- Soporta pasivamente las situaciones de frustración sin protestar activamente, parece que no pudiera saber distinguir donde radica la fuente del displacer.
- No manifiesta temor ante las primeras exigencias para la deambulación independiente.
- Chupa los objetos intrusivamente. Cuando muestra esta conducta no parece que el niño obtenga datos de conocimiento ni que esté jugando de forma placentera. Parece más bien una conducta autoestimuladora y de evitación de formas más evolucionadas de la exploración.
- Las conductas de agitación y golpeteo que corren el riesgo de quedar ancladas e impedir el verdadero conocimiento del exterior. Sobre todo, si se dan como únicas formas de exploración, pueden considerarse señales de

retraso o desviación del desarrollo.

- Cuando pierde los objetos que tenía en sus manos, no hay además alguno de recuperarlos, ni sorpresa ni enfado.
- No hace intentos por comunicarse verbal o gestualmente.
- No da muestras de preferencia por objetos o personas y parece indiferente al exterior.
- Tanto los movimientos corporales estereotipados como posturas de replegamiento corporal, siempre que no respondan a incidentes puntuales o circunstancias transitorias (frustración o ambiente con exceso de estímulos) se deben tomar como señales de desviación de desarrollo.
- En general, los adultos próximos al niño y en particular, la madre, no pueden comprender sus deseos ni sus necesidades y/o encuentran muchas dificultades para satisfacerle.

4. El acercamiento

Se extiende entre los 18 y los 24 meses.

Con la adquisición de la marcha autónoma y el comienzo de la inteligencia representativa, el ser humano se constituye como una entidad individual.

Con el desarrollo de las facultades cognitivas y la progresiva diferenciación de su vida emocional, disminuye la impermeabilidad del período anterior a la frustración, aumenta la consciencia de la ausencia de la madre y se observa un incremento de la ansiedad de separación.

Este temor, que al principio es a la pérdida de la madre concreta, después será temor a perder su amor.

El deseo de independencia y la conciencia de ser un sujeto separado provoca en el niño una fuerte ambivalencia que se manifiesta principalmente en dos conductas: la de huida y la de acercamiento activo a la madre.

El anterior sentimiento de omnipotencia y de negación de los peligros del entorno va cediendo y el niño toma conciencia cada vez más clara de que debe enfrentarse al mismo por sus propios medios con recursos relativamente escasos y sintiendo que no siempre puede obtener ayuda, incluso aunque lo exprese verbalmente.

El niño se da cuenta de que sus padres son individuos separados de él, con sus propios intereses, teniendo que abandonar dolorosamente su fantasía de omnipotencia.

Sólo la disponibilidad emocional de la madre y que ella misma sea capaz de animar e impulsar el crecimiento permite esta renuncia a cambio de desarrollar

otras capacidades funcionales. Es necesaria una postura activa de la madre para fomentar la separación del niño y posibilitar su independencia.

Esta disponibilidad de la madre se corresponde a una actitud confiada en el niño que le permite ir activamente a su búsqueda y poder, asimismo, separarse voluntariamente.

Recordemos también que es en esta fase cuando el niño puede reconocer su propia imagen en el espejo y la de su madre, lo que supone un paso fundamental en la configuración de su identidad.

Con el advenimiento al lenguaje el sujeto se inserta en el mundo de lo social y de la norma; pero a costa de haber debido renunciar a su fantasía de completud y a sus deseos más primarios.

Conductas adaptadas a la ceguera

El desarrollo del niño ciego es, en esta edad, verdaderamente disarmónico. Hacia los 18 meses consigue la deambulación autónoma, propia del período anterior para sus compañeros videntes. Sin embargo en otras áreas del desarrollo como son el lenguaje, la conducta adaptativa a los objetos, la autonomía en hábitos de vida diaria y muchos hitos cognitivos, ha proseguido su evolución.

Este período es crítico para el niño ciego, aún en el supuesto de haber superado satisfactoriamente los períodos anteriores y de haber podido establecer una relación sana y positiva con su madre. Fraiberg ya mencionó que el período de la separación es más largo y si es traumático, tiene peores consecuencias y más serias implicaciones que para el niño vidente.

El imperativo de la evolución de renunciar a la fusión para emerger como sujeto humano individual y la imposibilidad que encuentra el niño para dominar el espacio remoto y realizar una marcha confiada hacen que este período para el niño ciego sea, cuando menos, una etapa tormentosa.

Con la posibilidad de la deambulación autónoma el niño ciego parece tomar conciencia de su precaria situación ante una realidad no fácilmente controlable. Con esta conciencia pierde, quizá más rotundamente que sus compañeros videntes, las defensas omnipotentes que mantenía aún en el período anterior, cuando creía tener a su madre siempre disponible y debe enfrentarse al exterior, al espacio, a la separación y a la realidad con escasos recursos.

Debemos prestar atención a un fenómeno que, sin duda, teñirá la vida emocional del sujeto ciego durante mucho tiempo. Esto es cómo el niño ciego pierde su omnipotencia y busca el reaceramiento a su madre antes de haber podido efectuar una separación real. Esta dificultad en la consecución de la separación física teñirá todo el proceso del camino a la individuación.

Ante el incremento de la ansiedad de separación cabe esperar en el niño ciego la aparición de conductas más temerosas, que son sin duda adaptativas.

Frente a estos temores y estas ansiedades los niños ciegos responden de manera muy diversa pero prototípicamente podrían agruparse en tres formas que, aunque no se suelen presentar puras podrían tomarse como paradigma:

A) Tiene miedo, confía en el otro, protesta, reclama y acepta la ayuda que se le brinda.

Es la actitud más adecuada. Supone que el niño tiene conciencia de su dificultad, pero que ha podido interiorizar una buena figura de cuidados; que confía en el otro y en que el mundo es básicamente bueno.

B) Niega la dificultad y el miedo, emplea defensas maníacas, niega la separación, teme el abandono.

Posiblemente esta actitud tenga que ver con una falla en la vinculación, relacionada con la no adecuación de las respuestas de la madre a las necesidades del bebé.

C) Confía tanto en el otro que no puede confiar en sus propios recursos. Teme también mucho a la separación desde una experiencia anterior de tipo fusional demasiado «idílica» (suelen ser niños que han vivido escasas experiencias de frustración). Delega en la madre el cuidado de sí mismo.

Las posiciones B) y C) constituyen los dos polos principales de conflictividad. La primera de ellas está en relación con separaciones precoces mientras que la segunda suele darse en diádas que hallan problemas para separarse, pero las dos situaciones van a dar lugar a vínculos de apego inseguros, en terminología de Bowlby.

Dentro de una evolución adaptada es habitual que durante los meses inmediatamente posteriores a la consecución de la marcha el niño se aleje tranquilamente de su madre, pero cuando toma conciencia de estar lejos, la reclama o llora o grita pero no vuelve sino que se mantiene en una posición más pasiva como si se «rindiera» emocionalmente.

No obstante, la marcha proporciona al niño ciego la posibilidad de elegir por sí mismo, en relación a la etapa anterior en la que el niño estaba al albur de los deseos de los padres o de otros familiares y adultos próximos.

En cualquier caso, cuando la evolución es satisfactoria, al final de este período el niño se desplaza con seguridad; va y viene por espacios interiores con «intenciones afectivas» claras, y busca a su madre muy activamente para reencontrarse con ella cuando lo desea.

Al final de este período y en el paso hacia la individuación, aparecen las primeras conductas de oposicionismo. Este oposicionismo evolutivo se caracteriza por un contacto afectivo suficiente, paralelo a un esfuerzo por reafirmar su yo. El oposicionismo evolutivo permite al niño negociar (aunque a veces lo haga con verdadero trabajo) y no privarse del disfrute, ni de seguir creciendo.

Respecto a las conductas con los objetos, cabe esperar que el niño ciego consiga su utilización funcional y el conocimiento de los más habituales.

Los niños, en esta etapa, suelen estar más dispuestos a la investigación y a la exploración de objetos nuevos. Según va disminuyendo el temor, aumenta su curiosidad y su interés por el mundo exterior y consiguen dar a los objetos su funcionalidad propia. Este hecho implica que el niño ha hecho una diferenciación más clara del mundo interno y el mundo externo. De alguna forma comprende que la realidad no es manejable según sus deseos y que los objetos de afuera tienen sus características propias.

Este interés por los objetos convive frecuentemente con fobias aisladas a determinados materiales, que son normales y deben ser respetadas.

Con relación al lenguaje, el niño ciego puede expresar en este período deseos o demandas de forma verbal, bien con una palabra frase o con la unión de dos palabras al final del período.

Son propias de este comienzo del lenguaje las ecolalias inmediatas y las ocasionalmente diferidas que guarden una relación asociativa con el contexto.

También suele darse aún inversión de formas deícticas y de formas verbales. En hábitos de vida diaria, se regularizan los ritmos de sueño-vigilia y alimentación, aunque conviene recordar que ésta es la etapa en la que se presentan las dificultades de separación para ir a la cama y los terrores nocturnos.

Es esperable que el niño admita ya una alimentación variada que incluya los alimentos sólidos.

Actitudes adecuadas con el niño ciego por parte de los padres, o de los adultos que le atienden, son: la disponibilidad, en términos relativos mayor a la que precisan sus compañeros videntes; una actitud que impulse y anime al crecimiento y una mayor tolerancia hacia la ambivalencia, hacia la dependencia y hacia las manifestaciones de oposicionismo y agresividad del niño.

La tolerancia hacia la protesta del niño no debe entenderse como permisividad. Los límites y las normas deben ponerse con claridad y firmeza tanto al niño ciego como a cualquier otro. Pero habría que respetar cuidadosamente cuando las protestas provienen del temor, de la angustia, de la impotencia o de la incompetencia real.

Señales de alarma

Como ya hemos hecho mención en la descripción general de este período y en las conductas adaptadas, las ansiedades propias de esta etapa serían las que provoca el miedo a separarse de la madre y enfrentar la vida sin «andamiaje».

El principal riesgo que corre el niño ciego en este período es la negación de

este miedo-dolor. A veces, el pequeño no puede soportarlo y pone en funcionamiento defensas que le impedirán crecer.

Algunos niños, enfrentados a la separación y sin estar en situación de poderla afrontar, niegan el handicap y su dependencia y emplean peligrosas defensas maníacas, que les dejan anclados en la posición de omnipotencia sin poder dar el paso hacia la individuación. Este camino, si no se interviene adecuadamente, puede dar lugar a un trastorno más o menos grave de la personalidad y, en los cuadros más patológicos, a trastornos psicóticos que pueden llegar a ser realmente invalidantes afectando también a las funciones cognitivas.

Otros niños niegan también la separación, pero lo hacen desde la renuncia a aspectos de sí mismos, otorgándole toda la confianza al otro. Es el camino de las relaciones más simbióticas, en las que tanto la madre como el hijo se hacen cómplices para «entramparse» en una relación aglutinada, lo que obstaculiza igualmente la evolución del niño.

Conductas propias de la primera situación son:

- El niño hace conductas de huida o evita el contacto con la madre. Por ejemplo, se desprende de la madre y se aleja caminando sin objetivo.
- Se muestra inadecuadamente independiente en situaciones conflictivas para él (fiestas o lugares públicos en los que haya mucho ruido por ejemplo).
- Camina sin intencionalidad o realiza desplazamientos poco cuidadosos. En ocasiones esta conducta se interpreta como señal de independencia; nada más lejos de la realidad.

Más propias de las configuraciones simbióticas son las conductas excesivamente adaptadas en las que se inhiben todos los sentimientos y las manifestaciones oposicionistas:

- El niño accede gustosa y sistemáticamente a los deseos del otro.
- No protesta ante las situaciones de frustración.
- No da muestra alguna de agresividad. El reconocimiento de los sentimientos agresivos y la capacidad de expresarlos es uno de los modos de experimentación de la separación.
- En aquellos niños ciegos que están en una estructura confusional suelen aparecer, en este período y ya a veces en el anterior, conductas de auto agresión, indicativas de la no diferenciación yo-no yo. Las auto agresiones son señales de alarma comunes a las dos posiciones a las que venimos haciendo referencia.
- Sin llegar a estos niveles de gravedad, puede tomarse como señal de alarma la hiperactividad cuando no responde a una situación concreta o a una etapa crítica de la evolución.

Algunos niños responden a estas ansiedades básicas con comportamientos hiperactivos, que indican inquietud o incapacidad de atención y pueden presentarse en los niños ciegos en situaciones o en momentos evolutivos variados.

Respecto a la conducta del niño con los objetos, podemos seleccionar, como señales de alarma para este período, las siguientes:

- Rechazo o temor excesivo a objetos nuevos.
- Conductas estereotipadas en la exploración o una exploración demasiado acelerada.
- Uso indiferenciado de objetos comunes.

Respecto al lenguaje, entendemos que el niño no está accediendo satisfactoriamente al mundo de la comunicación cuando:

- No surgen las primeras palabras.
- Sigue utilizando el llanto como único modo de expresión de sus demandas.
- Aparece un lenguaje sin intencionalidad comunicativa, cuyas manifestaciones más habituales son lenguaje ecológico y lenguaje descontextuado. Con la aparición de este lenguaje tan poco adecuado, el niño da muestras manifiestas de una confusión muy primaria que remite a períodos anteriores.

Estamos de acuerdo con [Williams \(1999\)](#) en que el lenguaje depende de la interacción afectiva tanto en lo que se refiere al nivel de la organización como al uso de la gramática y la sintaxis. En cuanto representante del acceso al simbolismo que permite pensar, hablar y aproximarse a los otros, depende claramente de la relación de objeto y de la diferenciación. En su aspecto simbólico de «representación» sirve para afrontar la separación y a través de la palabra rellenar la distancia entre el niño y su madre.

Las alteraciones del lenguaje o el marcado retraso en su aparición, con las salvedades que ya hemos hecho, son en la gran mayoría de casos, una clara señal de alarma de un trastorno grave en la organización del psiquismo y la vinculación. Por ello, abordarlo únicamente desde un punto de vista formal (rehabilitación logoterapéutica) no es el abordaje más indicado.

Así mismo, las dificultades para pasar al simbolismo quedándose en la «palabra-frase» o ecuación simbólica, propias de las alteraciones psicóticas, ([Leonhardt, 1999](#)) son una clara señal de desorganización psíquica.

La no entrada en el mundo simbólico (lenguaje, representación, juego simbólico) es uno de los síntomas de una condición psicótica.

Debemos resaltar que la peculiaridad propia de la población de niños ciegos es

la propensión a la confusión, no solamente desde una historia emocional singular más o menos sana o patológica, sino también desde una incapacidad perceptivo-cognitiva propia de la privación visual. El niño ciego recibe estímulos aislados del exterior (ruidos por ejemplo), que no siempre puede integrar. Son datos aislados a los que no puede darles sentido para transformarlos en una verdadera información.

Así cuando un niño ciego se ve, por la razón que fuera, obligado a una separación precoz para la que no está preparado, tiene que soportar el dolor psíquico que ésta conlleva, pero además desde una capacidad cognitiva restringida que le impide comprender situaciones muy concretas de su entorno más inmediato, aquellas que a los niños videntes se les aparecen como evidentes. Por ejemplo, dónde está la puerta del recinto en que se halla o qué personas o cosas se encuentran allí adentro.

Si además los adultos que deben hacer de sustitutos de la madre no comprenden bien sus necesidades, o la situación a la que el niño debe enfrentarse es particularmente caótica o compleja, estarán dadas las condiciones que hacen peligrar una evolución sana hacia la individuación.

Dependiendo de la gravedad y de la intensidad de estos factores, el niño estará enfrentando una crisis evolutiva de buen pronóstico, que remitirá cuando se modifiquen algunas de las condiciones que la han precipitado, o, por el contrario, puede hacer un cuadro psicótico irreversible si no sabemos ver el *cuántum* de esfuerzo que el niño ciego puede tolerar. Encontrar esa posición intermedia que favorece el desprendimiento del niño y le permite crecer sin colocarle en situaciones de estrés excesivo es el arte de educar que fundamentalmente depende de la empatía que hayamos podido establecer con el niño.

- Los temas de sueño y alimentación pueden considerarse señal de alarma cuando se convierten en focos de atención de la familia y empiezan a interferir la relación familiar. No podría considerarse en esta etapa señal de alarma que el niño siga prefiriendo alimentos triturados o que no coma solo, sino más bien el negarse a comer, pérdida de peso, no tener regulados los ritmos de sueño-vigilia, o una excesiva dificultad para poder conciliar el sueño.

Este período es crítico para los niños ciegos pudiendo considerarse una población de alto riesgo. Sin embargo cuando este período se supera satisfactoriamente, el niño madura y vemos un cambio cualitativo. Está ya entrando en el «reino de la inteligencia representativa». Cuando el niño ciego puede pedir ayuda, expresar lo que le da miedo y preguntar lo que no comprende es potencialmente un «niño mayor.»

5. Individuación y constancia objetal emocional

Al finalizar el período anterior, se observa una disminución de la ansiedad de separación y de la necesidad de control y tienen lugar algunos fenómenos que dan entrada a la fase de «consolidación de la individuación».

Algunas adquisiciones permiten al niño «funcionar a mayor distancia» y contribuyen a su creciente individuación.

Entre las más significativas estarían:

El desarrollo del lenguaje que permite la designación de objetos y la expresión de deseos con palabras específicas. El nombrar objetos parece proporcionar al niño un mayor sentimiento de capacidad de controlar el ambiente (Katán 1961).

En esta época aparece también el pronombre personal «yo», estrechamente relacionado con la configuración de la identidad.

Aparece una cierta internalización de imágenes buenas de identificación con las figuras parentales, así como de algunas exigencias y normas puestas por los padres.

Y el progreso en la capacidad de expresar deseos y fantasías a través del «juego simbólico».

Así, a partir de los 30 meses aproximadamente, el niño entra en esta nueva etapa, en la que debe realizar dos tareas básicas: «el logro de una individualidad definida y en ciertos aspectos vitalicia» y «el logro de un cierto grado de constancia objetal».

La constancia objetal implica, por una parte, que el niño ha podido interiorizar una imagen de la madre relativamente estable, que permite sustituir su presencia concreta y, por otra, que en esa figura se han podido integrar los aspectos buenos y malos. Se reconoce a la madre pues como una sola figura que en algunos momentos gratifica y en otros momentos frustra resultando un único objeto de amor.

El establecimiento de la constancia objetal afectiva no puede equipararse con el logro cognitivo de «objeto permanente», aunque este último es indispensable para que tenga lugar la constancia emocional, que como vemos se establece algo más tardíamente.

La representación intrapsíquica de la madre debe poder estar disponible en el curso del tercer año para poder proporcionar al niño «confortación», aún en su ausencia física. El que esto llegue o no a suceder dependerá directamente de cómo se hayan ido produciendo las etapas anteriores. Si ha habido una predominancia de experiencias positivas, el niño podrá contrarrestar sus sentimientos y sus impulsos de odio y de agresividad, y la imagen global resultará protectora, lo que favorecerá un crecimiento sano.

Aunque es en esta etapa cuando el ser humano puede integrar al otro como persona total, el mantenimiento de esta constancia emocional del otro es una tarea que lleva toda la vida y que en momentos de crisis se rompe e interfiere un funcionamiento verdaderamente adulto, incluso en condiciones de normalidad.

Este logro es fundamental en la estructuración psíquica y en la constitución de un yo integrado. Hasta este momento el conflicto de la separación se libra en el exterior, en el mundo de la acción. Hay conductas exigentes y coercitivas hacia la madre para forzarla a que funcione como una extensión omnipotente que se alternan con signos de aferramiento desesperado: desde que tiene lugar la constancia de objeto emocional los conflictos pasan a formar parte del mundo interno del niño.

A la vez, el niño va pudiendo interiorizar las exigencias de los padres, comenzando con ello la formación del superyo o instancia psíquica que regulará su comportamiento. Recordemos que es en esta etapa en la que tiene lugar el control de esfínteres y en la que los padres ponen normas y límites a la conducta del hijo.

El niño pasa del temor a perder a la madre al de perder su amor. Es decir, el niño se somete a la norma para lograr el amor de los padres.

Respecto al camino hacia la individualidad, en esta etapa se produce el descubrimiento de la identidad sexual, núcleo básico en la configuración de la identidad global.

En este período se dan logros del yo que hacen al niño cada vez más independiente y capaz.

El más importante, sin duda, es la comunicación verbal. El lenguaje oral cobra progresivamente primacía sobre los lenguajes paraverbales.

Es la etapa fundamental de desarrollo del juego. Se vuelve más planificado y constructivo. Hay un comienzo del juego de fantasía. Recordemos que el juego constituye un medio muy singular y privilegiado por el que el niño se expresa al tiempo que se adapta al mundo y a las exigencias de la norma.

Comienza a desarrollarse un sentimiento del tiempo y de las relaciones espaciales y con ello una mayor capacidad para tolerar la demora de la gratificación y para soportar la separación. Conceptos como «más tarde» o «mañana» se han vivenciado en relación a las «idas y venidas» de la madre, pero ahora pueden usarse como organizadores de la experiencia.

A todas estas funciones cognitivas habría que incorporar «la prueba de realidad»: el niño es más capaz de discernir la realidad externa de sus deseos.

Todos estos avances conviven, lógicamente, con posiciones anteriores como resistencia activa a las exigencias de los adultos, cierto negativismo, o deseos poco realistas de independencia, posiciones importantes, en cualquier caso, para el desarrollo del sentimiento de identidad.

Estas adquisiciones junto con la interiorización de la imagen de la madre predominantemente buena y el sentimiento del niño de ser valioso porque siente el amor de los padres posibilitarán un verdadero crecimiento y una organización armónica de su personalidad.

Hacia los 3 años y medio o 4 vemos un niño con una estructura emocional psíquica bastante similar a la de la persona adulta.

Conductas adaptadas a la ceguera

- El acceso a la simbolización en general y en particular el dominio del lenguaje constituyen para el niño ciego un recurso privilegiado de gran riqueza que le va a permitir poder representarse los objetos, (y de alguna forma controlarlos), sin tener que acudir y apoyarse continuamente en la percepción. Recordemos que para Piaget la percepción no es en sí misma fuente de conocimiento y nunca va más allá del «período preoperatorio».
- En relación con la internalización de la figura de la madre como objeto bueno y confiable, diríamos que si para todos los niños es importante el equilibrio entre protección y autonomía, en los niños ciegos las características de disponibilidad y paciencia adquieren mayor relevancia. Resulta pues adaptativo al déficit sensorial una cierta prolongación de la dependencia, siempre que ésta esté en función del crecimiento del niño y no se convierta en una finalidad en sí.

Esta prolongación de la dependencia «es característica de un largo período de la vida. Más que ser el resultado de una actividad defensiva puede ser otro signo de un complejo patrón de adaptación del yo del niño ciego al mundo de los videntes.» (Nágera y Colomna, 1965).

- La constancia emocional de objeto no tendría por qué suponer especiales dificultades de orden cognitivo o perceptivo, si bien puede darse con un cierto retraso, paralelo al que conlleva la maduración general. Quizá el plus de miedo y de necesidad de la madre como fuente de seguridad haga que el niño mantenga la escisión y la idealización por más tiempo.

El papel del padre en esta edad es decisivo para que el vínculo madre-hijo se disuelva sin traumas y el niño pueda acceder a la vida social y al mundo de las normas y de la realidad exterior.

Suele darse en los niños ciegos, y en general en los niños con otras discapacidades, un cierto retraimiento del papel del padre que, en esta edad, debería tener un peso específico mayor.

Si este retraimiento es moderado podríamos considerarlo normal, al menos, en el contexto sociocultural al que pertenecemos.

- Si bien cabría esperar que el niño ciego acepte las normas sociales y los límites a una edad semejante a la de los otros niños, problemas socioculturales del entorno que rodea al niño y algunos sentimientos más bien relacionados con la problemática de los padres ocasionan que habitualmente muchos niños ciegos hallen dificultades para comprender y aceptar los límites.

Es un camino que, si no se ataja, traerá muchos conflictos conductuales y perturbará la convivencia familiar. Acaban siendo niños caprichosos y poco

respetuosos con los derechos de los otros.

- Es natural que muchos niños ciegos respondan con más miedo ante las expresiones de agresividad de los padres y del medio en general, siempre que sean imprevisibles o no estén en relación con su propia conducta y que la sientan con mayor potencial de destrucción.

Posiblemente esto se deba a una doble razón: por una parte el niño ciego es más vulnerable y tiene, de hecho, más limitaciones, lo que debe hacerle sentirse poco capaz de controlar el medio si pierde a sus padres como referentes.

Por otra parte, la visión permite conocer el alcance de la agresión. Así, ante ruidos muy fuertes o voces muy destempladas es frecuente que se asuste de forma desproporcionada al estímulo, sencillamente por no comprender la situación que la provoca.

- Igualmente, es común una cierta tendencia a la represión de las expresiones de la agresividad, consecuencia lógicamente del plus de dependencia.

Sin embargo, la expresión natural de sentimientos de enfado o riñas acompañada de un tono emocional acorde, no sólo no es perjudicial sino que organiza, clarifica y da posibilidad al niño de aprender a expresar de forma socializada sus propios sentimientos agresivos.

- En referencia al proceso general de configuración de la identidad, recordamos que, desde un punto de vista cronológico, se ha estimado un retraso de un año aproximadamente (Fraiberg 1977) y que desde un punto de vista más cualitativo, el niño ciego corre el riesgo de configurar una identidad empobrecida, teñida de aspectos castradores o megalómanos, que en cualquier caso restan autenticidad.

Sobre la identidad sexual parece que, antes de los 4 años, atribuyen la diferenciación sexual más a caracteres secundarios que a la diferenciación de los órganos genitales, sobre todo las niñas.

- El lenguaje adquiere una clarísima intencionalidad comunicativa y priman pronto el lenguaje verbal sobre cualquier otra forma de comunicación. El niño ciego utilizará el lenguaje, como sus compañeros videntes, para comunicar sus ideas y sus sentimientos pero particularmente lo empleará como forma para comprender el mundo externo.

En esta edad el niño pregunta a veces para recibir información y a veces para comprobar la presencia del otro o para mantener contacto con él.

Podemos considerar compatible con una evolución normal la inversión de formas deícticas hasta los tres años o tres años y medio. Recientemente [Pérez Pereira \(1998\)](#) no ha podido confirmar retrasos o alteraciones sistemáticos en el lenguaje de los niños con ceguera.

También son adaptadas las autoinstrucciones o las ecolalias inmediatas cuando tienen un fin comunicativo o constructivo. Por ejemplo, el niño que en una situación de tensión se dice: «ten cuidado», o repite cuando desea terminar una tarea: «la última, la última». Este tipo de autoinstrucciones podrían ser manifestaciones de que el niño está interiorizando un «superyo sano» o un ingreso en el mundo de la ley de una forma adecuada.

- Con respecto al desarrollo del juego simbólico, tanto en la aparición de los primeros actos simbólicos, que manifiestan el acceso del niño a este tipo de pensamiento, como en los hitos progresivos que deben verificarse para que tenga lugar el proceso, el niño deficiente visual presenta un retraso aproximado de un año en relación con sus compañeros videntes, sin que ello signifique una desviación de la evolución adaptada que cabe esperar para este colectivo, aún en niños criados en un ambiente estimulante y que han recibido una adecuada intervención educativa.

No obstante, al comienzo del período, ya imitan y hacen el juego del «como si». Entre los niños ciegos suele darse un juego más repetitivo y simple, menos espontáneo y creativo que entre sus compañeros videntes.

Parece que el esfuerzo y el hipercontrol que el niño ciego debe poner en el desempeño de la actividad de juego interfiere en esta edad la propia esencia de la actitud lúdica. La posibilidad que el juego ofrece para desplazar en él las ansiedades, la agresividad y los temores es fundamental para el niño, que así puede rebajar el nivel de ansiedad sin necesidad de desplazarla en la vida real a objetos de tipo fóbico (fóbias típicas de los niños ciegos) o actuarla con los objetos (padres) reales.

- Con relativa frecuencia a esta edad y ocasionalmente en edades más avanzadas, el niño ciego confunde aspectos básicos de la realidad inmediata como es el espacio en el que se encuentra. Esta confusión, cuando tiene que ver con la dificultad de contrastar la experiencia por su limitación perceptiva, es natural.

Otras veces el niño ciego confunde la realidad circundante cuando se siente invadido por sentimientos muy intensos de miedo, ansiedad o deseos muy impulsivos. En estos casos, la dificultad de contrastar la realidad exterior con su mundo interno, momentáneamente revolucionado, le provocan confusión. A no ser que estas situaciones se repitieran con cierta frecuencia, podemos considerarlas propias de la evolución.

- En esta edad el niño ciego explora los objetos cuidadosa y atentamente, se detiene en los rasgos relevantes y observa sus detalles.

Es ya capaz de planificar acciones con los objetos, tanto en el nivel real como en el simbólico; si bien, la precisión en la ejecución no siempre le responde. A veces esta dificultad le frustra y le lleva a abandonar la actividad.

- Su desplazamiento es claramente intencional aunque se orienta

habitualmente por referencias de contigüidad más que por haber configurado una representación espacial del itinerario.

- Sus movimientos se hacen más controlados y dominan los juegos motrices con ayuda de elementos fijos que les proporcionan estabilidad y referencias espaciales, como triciclos o toboganes, con bastante autonomía.

Señales de alarma

Después de haber superado las dificultades propias de los períodos iniciales de la vida: el establecimiento de los primeros vínculos, el despertar del interés por el mundo externo, la comprensión de que esa realidad exterior puede ser nombrada y conocida, el niño ciego tiene todavía una ardua tarea: la de configurar su identidad como sujeto individual, valioso y limitado al mismo tiempo.

En general, esta tarea es costosa para todos los seres humanos, pero para el niño con una discapacidad tan importante como es la privación visual lo es más aún. Para conseguirlo cuenta fundamentalmente con dos recursos: su capacidad intelectual y su salud mental.

Veamos pues los últimos escollos que encuentran el niño ciego y su familia para esta consecución, aunque obviamente será siempre en términos relativos.

- A veces el niño pide ayuda para cuestiones que puede resolver por sí mismo, o bien, es la madre la que hace cosas para las que él está capacitado. Parece que esta relación de dependencia se hubiera libidinizado y madre e hijo obtienen placer en esa relación tan particular y tan cargada de afectos. Esta situación acarrea para la persona ciega graves consecuencias en su desenvolvimiento en la vida adulta.
- En cambio algunos niños ciegos deben aferrarse a la madre por razones muy diferentes. Son aquellos que no consienten en separarse de su madre o la buscan o la reclaman permanentemente. Suelen ser hijos de madres que toleran mal la dependencia y la crianza prolongada. En este tipo de relación, es el niño el que pide el acercamiento y parece perseguir a la madre, sin poder encontrar el cobijo y la seguridad suficientes.
- El miedo a la pérdida del amor de los padres o bien a dañarles con sobrecargas o exigencias puede llevar a una represión excesiva de las manifestaciones agresivas y a la consiguiente sumisión o abdicación de los deseos. Esta posición defensiva conduce a la falsa adaptación.
- Respecto a la relación del niño con la agresividad, consideramos que tanto el exceso como el defecto llevarán a una mala resolución de las sucesivas dificultades que la vida depara a cada persona y particularmente a la persona privada de visión.
- Otras veces el niño ciego no tolera esta dependencia y en un intento de negar tanto su limitación como la separación del otro, trata a todos los adultos

familiares como instrumentos para la realización de sus deseos.

- Un tono más de petición, de seducción o de súplica implica el reconocimiento de que hay que hacer algo para que el otro comprenda lo que él pide o necesita y se avenga a sus deseos.

- Por el contrario, las demandas exigentes e imperativas, suponen un «no reconocimiento del otro» en el que el niño presupone que sus deseos serán cumplidos ya que la madre sería, como en la primera infancia, una prolongación de él mismo. Cuando la dificultad del padre, a la que aludíamos en el apartado anterior, impide su incorporación a la relación y la adecuada triangulación propia de este período, el hijo va a encontrar problemas en su camino hacia la individuación y particularmente en la interiorización de la norma, en la aceptación del principio de realidad y en su incorporación a la vida social.

- En relación con el lenguaje, podemos decir que a partir de los tres años las ecolalias resultan ya señal de alarma, a excepción de las incluidas en el punto anterior. Serían pues patológicas todas las ecolalias diferidas y las inmediatas o las autoinstrucciones cuando no están al servicio de la comunicación ni de ningún fin constructivo, sino que son repeticiones con una finalidad de aislamiento o evitación. Este tipo de lenguaje impide la escucha del otro e interfiere un diálogo auténtico.

- En la expresión a través del juego simbólico, siempre que el niño haya tenido oportunidades suficientes de aprendizaje, no poder representar con el juego, al menos, acciones simbólicas aisladas, implica un retraso cualitativo. Esta inhibición debe valorarse en el conjunto de las características del niño a fin de establecer si está motivado por una dificultad cognitiva, por una escasa estimulación o si está poniendo de manifiesto una alteración de la personalidad.

- En la conducta del niño con los objetos podemos considerar señales de alarma cuando a esta edad:

- no hay una verdadera exploración de objetos

- la exploración es caótica, descontrolada o desmotivada

- aparecen signos de ansiedad en la mayoría de las actividades manipulativas

- la realización de las tareas es eficaz, pero resulta mecánica y sin finalidad. El niño ha adquirido las destrezas manipulativas básicas pero no están integradas en la vida cotidiana.

- En la motricidad gruesa puede considerarse ya claramente señal de alarma en este período:

- Una conducta motriz hiperactiva, más propia de niños con resto visual, pero

que en niños ciegos supone gran carga de ansiedad, dificultad para contenerse y una seria falla de su capacidad de autocuidado. Esto puede indicar conflicto en su relación con la «figura de cuidados» (figuras abandónicas o poco contenedoras) o alguna alteración orgánica.

— Un desplazamiento sin intención, la marcha deambulante, cuando el niño camina sin objetivo ni intencionalidad, es también indicador de alguna importante alteración de personalidad y no debe explicarse nunca por la falta de visión.

[Volver al Índice / Inicio del Capítulo](#)

Capítulo 4

Con los padres de los niños ciegos

La adaptación a situaciones vitales nuevas tan intensas como la maternidad o la paternidad no siempre es fácil, siempre resulta menos idílico de lo que se había supuesto.

La relación con un hijo real conlleva movilizaciones emocionales complejas, pero cuando ese hijo padece una deficiencia, estas movilizaciones parecen exacerbarse. La discapacidad es, en sí misma, un hecho traumático y su mera presencia coloca a los padres en una situación afectiva verdaderamente difícil.

Como dice [S. Sausse \(1996\)](#), el déficit descorazona, es decir, atenta contra la omnipotencia, causa malestar por el desconocimiento que plantea trastocando nuestros modos habituales de comunicación, y da miedo puesto que nos confronta con los límites de lo humano, con nuestros propios límites.

El trauma que provoca, siguiendo a la misma autora, «parte la línea de la temporalidad», así es frecuente que los padres nos confiesen que a partir de ahí ya nada vuelve a ser como antes. En sesiones de dinámicas de grupo realizadas con padres de niños con discapacidad visual, han verbalizado en varias ocasiones: «hay un antes y un después» o «nunca vuelve a ser uno el mismo, se vuelve todo del revés».

Sin embargo, sin tratar de restar importancia a esta situación objetivamente traumática, en todo caso, lo que siempre sucede es que el hecho real, el déficit, remite a los padres a su historia personal y a su escenario psíquico y obliga a elaborar un duelo. Por esto los padres tendrán diferentes reacciones ante el mismo hecho.

— *Antes de nacer*

Si queremos examinar cómo influye en los padres el nacimiento de un hijo con un déficit, es necesario remontarnos a procesos anteriores al nacimiento que son los que, en buena medida van a estar condicionando las reacciones que en cada familia se produzcan.

En primer lugar, como ya hemos apuntado en el [capítulo 2](#), ambos padres advienen a tal condición desde una personalidad constituida sobre sus propias biografías.

Lógicamente entre el colectivo de padres con hijos discapacitados se presenta una tipología tan variada como entre la población general de padres porque la discapacidad se distribuye azarosamente en distintas culturas, niveles socioeconómicos, razas o religiones. La mayor parte de los padres de los niños con una discapacidad se hallan, desde un punto de vista psicológico, dentro de «la normalidad», lógicamente, con sus particulares tendencias y características.

En menor medida se presentan estructuras de carácter (fóbico, obsesivo, etcétera), estructuras narcisistas, tendencias al establecimiento de relaciones simbióticas u, ocasionalmente, personas con un trastorno psicopatológico severo.

Estos condicionantes derivados de la estructura de la personalidad de los padres y de su madurez psicológica, son los que han llevado a ambos a elegirse como pareja, a configurar un tipo de relación dentro de la misma y al deseo de tener un hijo. Todo ello será lo que determine las reacciones de ambos ante el déficit.

[Brazelton y Cramer \(1993\)](#) señalan algunas de las motivaciones, en gran parte inconscientes, que están detrás del deseo de tener un hijo:

- La identificación con sus propios padres.
- El deseo de ser completos y omnipotentes, es decir, motivaciones narcisistas que llevarían a conservar la imagen idealizada de uno mismo.
- Cumplir ideales propios a través de otra persona («verse reflejado»).
- Deseo de fusión con otro, empujados por fantasías infantiles de simbiosis.
- Cumplir oportunidades perdidas: el niño dará la oportunidad de superar limitaciones. Él les dará cosas de las que han carecido.
- Deseo de renovar antiguas relaciones, de reparar separaciones anteriores, buscar la oportunidad de separarse de la propia madre, etc.

M. Klein lo relacionaba con necesidades reparatorias y la identificación con unos buenos objetos (interiorizados) parentales unidos amorosamente.

Muchos de estos componentes están presentes a la vez y seguramente son necesarios en algunos momentos del proceso de parentalización, pero hay que señalar que el predominio importante de algunos de ellos hace peligrar excesivamente el equilibrio cuando nace un niño con un déficit. En especial, la predominancia de aspectos narcisistas («verse reflejado», querer revalorizar la propia imagen a través de verse idealizadamente como el mejor padre) o la de los deseos fusionales, suelen ser las que mayores alteraciones provocan, ya que el déficit frustra bruscamente las primeras y exacerva como imantando las segundas.

Lo que es claro es que no se puede acudir sólo al instinto ([Houzel, 2000](#)) para explicar suficientemente el deseo de tener un hijo.

Así, el bebé ya existe en la cabeza y en el deseo de los padres bastante antes del nacimiento, «antes de nacer todo niño ha sido ya pensado, hablado, soñado» ([R Ben Soussan, 1999](#)) convirtiéndose en el bebé imaginario. Este bebé del que tanto hablamos, que, como dice el mismo autor, se llega a convertir en un tópico y al que «hay que hacer una autopsia imaginaria» para

llegar a conocerle.

Este es el bebé depositario de nuestros deseos que nos permite evocar una imagen narcisista propia ideal («seré buena madre, le protegeré, no haré como tal, etc.»)

En palabras de R Ben Soussan «es todo salvo un bebé: es un objeto de nuestra imaginación, de nuestros fantasmas, que reina en el museo de nuestros deseos infantiles y se sitúa en el primer lugar del retablo de las maravillas de nuestro narcisismo» (pág. 29, op. cit.)

Es un bebé dictado en gran medida por el inconsciente aunque podamos mantener el hilo conductor con el mundo real y consciente cuando hablamos de él.

— ***Adiós al bebé imaginario***

El nacimiento de un hijo, aún siendo un niño sano, supone para los padres la renuncia del hijo que en su fantasía habían esperado e imaginado y la aceptación del bebé concreto que acaba de nacer.

Si para todo padre este proceso supone un duelo, podemos imaginar (¿o no?) lo que supone para un padre-madre de un niño con un déficit.

Por otra parte, durante el embarazo, junto a este bebé idealizado, surgen fantasías de destrucción y temores de daño que, cuando el bebé nace sano, contribuye inmediatamente a diluir confirmando a los padres, en buena medida, en su capacidad y sus sentimientos y deseos negativos pueden ser contrarrestados. Es decir, les da confianza y les reasegura narcisísticamente en su valía como padres. Este reaseguramiento es muy necesario pues va a ayudar a compensar todos los esfuerzos que la crianza requiere.

A lo largo de distintos procesos terapéuticos, varias madres han podido verbalizar deseos de muerte hacia ellas mismas o hacia sus hijos y sentimientos de culpa por haberles dañado. Estos sentimientos se dan en personas normales que quieren y cuidan de sus hijos y resultan relativamente comunes en algunos momentos de la vida.

Ahora bien, es cierto que todo nacimiento supone una renuncia de ese bebé imaginario (al que hay que dejar por el real) y que en el caso de un niño con un déficit esta situación se complica. Pero, a nuestro juicio no deberíamos quedarnos en el estereotipo de «la herida que supone renunciar al bebé imaginario» sino que deberíamos tratar de entender quién era ese bebé antes de nacer, qué lugar ocupaba en el escenario emocional de sus padres, qué proyectos tenían para él... Y en esta indagación, una cuestión adquiere particular realce: qué predominio existía de lo objetal frente a lo narcisista.

Así la ceguera es vivida por cada familia de forma bien diferente y tiene connotaciones muy diversas. Por ejemplo, la madre de una niña prematura que padecía ceguera total, de nivel cultural alto, nos decía cuando ésta tenía dos

años de edad y todavía no podía pronosticarse su evolución intelectual: «si la niña es inteligente, yo puedo soportar el déficit sensorial». Mientras que la madre de otro chico también ciego con un excelente desarrollo cognitivo, acostumbrada a vivir en un medio rural, decía: «pero sin vista es imposible que haga nada».

Incluso los dos miembros de una misma pareja pueden atribuir significados bien diversos a la «falta» del hijo. En general este significado viene en buena medida determinado por el deseo que el hijo debía satisfacer, el temor que debía ahuyentar o la necesidad que tenía que cubrir.

Así, cuanto más perfecto es el bebé imaginario, cuantos más «agujeros» esperan los padres que él rellenará, más lejos está de él ese bebé de carne y hueso que además está castrado por un déficit.

— ***El proceso de elaboración del duelo***

Ante el nacimiento de un hijo con ceguera o deficiencia visual, los padres se hallan inmersos en una crisis emocional durante los primeros meses de vida del bebé que, en el mejor de los casos, supone la elaboración del duelo por la pérdida del niño sano esperado y la asunción de un hijo real con una deficiencia.

Se ha dicho que los padres deben elaborar un duelo, por similitud con el duelo que debemos hacer cuando sufrimos la pérdida de un ser querido (numerosos autores de la escuela psicoanalítica han tratado sobre ello: Freud, Klein, Bolwby...) En el caso del déficit, lo que se pierde es una expectativa y se encuentra una realidad en algunos casos inaceptable.

Las diferencias, tanto en las ansiedades que la noticia del déficit despierta como en los procesos que cada familia atraviesa, son muy marcadas. No obstante, como en todo duelo, podemos encontrar unas etapas relativamente comunes, como varios autores han descrito.

En un primer momento, la situación es imposible de creer, es inadmisible, y los padres tienen una sensación de irrealidad y aturdimiento. Se produce un choque psicológico con gran carga de angustia, con posibilidades de que el comportamiento pueda ser irracional.

Algún tiempo después de haber recibido la noticia, los padres se revelan contra la idea de que la misma sea verdad y se lleva a cabo un peregrinaje médico, en la confianza de despertar de «la pesadilla», a la búsqueda de una solución mágica.

Cuando los padres empiezan a comprender que la situación es irreversible, la mayoría de ellos se defiende del dolor restando gravedad e importancia al déficit visual. La negación es la primera defensa que solemos utilizar para controlar la ansiedad. En este caso poner en duda el diagnóstico o bien aceptarlo quitándole importancia.

Esta negación es útil al principio y ayuda al establecimiento de los primeros vínculos. [Korff-Sausse \(1997\)](#) opina que este tipo de duelos quizá no sean del todo superponibles a los duelos por la pérdida real del objeto. En la elaboración del duelo por el nacimiento de un hijo con discapacidad se puede bascular durante bastante tiempo entre momentos de reconocimiento de la realidad (con angustia, depresión...) y momentos de negación o escisión que, digamos, «dan un respiro».

Si intentáramos intervenir en estos primeros momentos, cuando la negación resulta una defensa adaptativa, para que tomaran conciencia del problema, precipitaríamos seguramente una depresión tan profunda y con efectos tan destructivos que sería muy perjudicial si se produce antes de que la madre y el bebé hayan encontrado una forma propia de relación y de que ésta haya descubierto las partes sanas y amables de su hijo. Al principio, y quizá siempre, es necesaria una cierta dosis de negación para poder sobrevivir y mirar por el niño.

En esta etapa convive con la negación la pregunta sobre por qué ha sucedido, e irremediamente un intento de averiguación sobre las causas. En este período, las defensas negadoras van cediendo y dan entrada a sentimientos de cólera y rebeldía.

Paulatinamente, los padres van tomando contacto con el hecho real y surgen sentimientos de culpa, de ansiedad, tristeza y depresión.

Contra estos sentimientos se emplearán defensas más primitivas o evolucionadas según la personalidad de los padres.

Suelen surgir también deseos de muerte ya que el mismo déficit la sugiere. Los deseos de muerte, más fuertes en los primeros momentos, no son fácilmente confesables, sin embargo sería útil para los padres poder hablar de ellos y, según apunta S. Sausse, podrían tranquilizarse al asumir que una cosa es pensar y otra es hacer, y que además se puede querer la muerte y amar a la vez (experiencia por otra parte común a todos nosotros en nuestras relaciones emocionales).

Los estados depresivos que pueden aparecer son de intensidad muy variada y de características cualitativas muy diferentes en cada caso.

Debajo de estos estados depresivos hay sentimientos muy diversos que deben ser matizados en cada persona. Depresión de tipo narcisista, en la que lo intolerable del déficit viene por el golpe que ha recibido la autoestima de la madre o del padre. Depresión culposa, en la que la ceguera del hijo se vive con un matiz de castigo por alguna falta del sujeto. En este caso, aparecen sentimientos de culpa o de vergüenza. Depresión predominantemente objetal, en la que la tristeza está ocasionada fundamentalmente por lo que el niño haya perdido o por lo que pueda sufrir...

En nuestra exposición se ha puesto de manifiesto que una depresión con características predominantemente objetales no impide la disponibilidad

emocional ni el amor al niño, y no es causa de alteración vincular. Lo contrario ocurre en los otros dos tipos de depresión señalados: la depresión predominantemente narcisista y la de tipo «culposo», que sí pueden dar lugar en algunos casos a alteraciones vinculares.

Estos sentimientos son naturales durante el proceso de adaptación y suelen dar paso a una posición más sana en la que el déficit del niño se integra en el conjunto de sus capacidades y, entonces, puede reconocérsele y amársele. Es un momento de integración que permite la aceptación del niño como persona total.

A partir de este momento y si la personalidad de los padres es suficientemente sana, se va adquiriendo mayor equilibrio.

Disminuyen las reacciones anteriores y/o la intensidad de las mismas, empiezan a recobrar la confianza en sí mismos como padres y, gracias al niño sobre todo, pueden empezar a verle como es, con sus limitaciones pero también con sus posibilidades.

La vida de la pareja y de la familia se reestructura y acomoda teniendo en cuenta las necesidades del hijo pero también las de los demás miembros del grupo familiar.

Las crisis, obviamente, no se superan de una vez por todas, sino que suelen producirse descompensaciones o reediciones de posiciones anteriores cuando el niño tiene que enfrentarse a dificultades o a períodos evolutivos nuevos.

Así, las fases del proceso no pueden entenderse sólo como etapas en un sentido evolutivo-temporal, sino también como posiciones psíquicas en que los padres pueden situarse en distintos momentos e incluso pasar de unas a otras en cortos períodos de tiempo. Por ejemplo, durante una entrevista con unos padres podemos observar movimientos defensivos propios de las primeras etapas, pasar a la depresión propia de estadios posteriores y a un equilibrio final. Esta reactivación de las defensas es habitual cuando el niño plantea algún problema en su evolución o cuando se enfrenta a etapas nuevas que entrañan dificultades o ponen de manifiesto la deficiencia, por ejemplo el momento de caminar de forma independiente o la incorporación a la escuela infantil. De esta forma, podemos entender estas posiciones como «modos defensivos» ante la movilización de la ansiedad que causa el impacto del déficit en la historia personal de cada progenitor.

Una vez comentadas estas fases, el profesional habituado a trabajar en la línea que vamos sugiriendo, recordará, sin duda, numerosas entrevistas con padres en las que se pueden detectar todos estos movimientos en una sola de ellas: puede iniciarse la entrevista desde defensas primitivas (negación, idealización, omnipotencia, proyección), reorganizarse hacia el «modo depresivo» y posteriormente «reorganizativo» con la búsqueda de una solución adecuada («si hay que hacerlo, por su bien, lo haremos»).

Es importante tener este hecho en cuenta y que puede ocurrir incluso aunque

hayan pasado ya varios años desde el diagnóstico.

En nuestra experiencia, hemos observado que se suele dar siempre que hay un cambio importante en la vida del niño o en la de los padres o cuando se pone de manifiesto algún problema de cierta importancia; es decir, cuando la ansiedad se reactiva.

Este proceso de duelo y las crisis posteriores a las que acabamos de aludir deben respetarse. En general el papel de los profesionales se limitará a acompañar y a apoyar a los padres en estas difíciles etapas, mientras que se van dando sugerencias y orientaciones encaminadas a favorecer el desarrollo del niño y facilitar la vinculación con él. Aunque en algunas ocasiones es el profesional el que, percibiendo y valorando la intensidad o fijeza de estos movimientos defensivos, tiene que intervenir, favoreciendo la evolución del proceso.

— ***Lo normal y lo patológico***

A pesar de lo traumático que resulte el nacimiento de un hijo con una deficiencia tan limitadora como pueda ser la ceguera, y de que los procesos de elaboración del duelo puedan resultar más o menos largos y dolorosos, muchos padres terminan adecuándose a la situación y se vinculan «suficientemente bien» con su hijo, pudiendo construir para él y con él un proyecto en el que el niño es investido como sujeto.

Sin embargo hay veces que las situaciones no evolucionan como sería deseable. Los sentimientos propios ante el nacimiento de un hijo con una discapacidad se intensifican y las etapas naturales del proceso de aceptación se prolongan excesivamente, o bien aparecen actitudes que impiden verdaderamente el crecimiento sano del hijo.

[Korff-Sausse \(1997\)](#) señala que frente a una situación extrema el psiquismo recurre a medios extremos, provocándose defensas maníacas que llevan a «reparaciones maníacas». No es infrecuente acudir a curanderos, solicitar intervenciones quirúrgicas o hacer promesas o ritos religiosos, actuaciones destinadas a evitar la depresión que sucedería tras un reconocimiento de la falta. Sin embargo, reconocer la situación permite una reparación sana psicológicamente.

Esta reparación es la que muchos padres cumplen llevando a sus hijos a los servicios de apoyo, y ayudándoles a crecer, y de ella obtienen sentimientos placenteros y positivos para sí mismos.

Nuestra experiencia indica que los *núcleos*, aspectos y defensas de tipo psicótico de la personalidad, que todos tenemos, son movilizados ante el impacto que provoca la información sobre la existencia del déficit ([Coraminas R. y Sanz M.J., 1995](#)) como son las de negación, disociación, idealización, proyección y omnipotencia, que pueden surgir en uno o en ambos padres. Estos mecanismos son normales y necesarios en los primeros momentos y en algunas crisis posteriores. Pero si se quedan fijados o son utilizados de forma

masiva, a causa de la patología previa anterior, no permitirán elaborar el duelo adecuadamente con el consiguiente perjuicio para el desarrollo emocional del niño.

Por ejemplo, personalidades de tendencias paranoides pueden traspasar al niño un concepto paranoide del exterior que éste último utilizará como defensa en su vida adulta «sentirse mirado por los demás con una mirada crítica».

Una madre que formaba parte de un grupo terapéutico decía siempre que su hija no tenía amigos porque los niños la rechazaban, mientras que ella no le permitía ir a excursiones con su grupo de la escuela infantil y ella misma no quería salir de casa con la niña.

En general los mecanismos de defensa son adaptativos cuando permiten a los padres llevar a cabo las acciones necesarias para criar y cuidar al niño, y mantener el equilibrio suficiente para proseguir y dar respuesta a los requerimientos de la vida como persona, como trabajador, como padre, como cónyuge, etc.

En el mantenimiento de este equilibrio influye, en primer lugar, sus personalidades previas y su resistencia ante las adversidades. Pero, lógicamente también la realidad exterior tiene incidencia y no podemos infravalorar la intensidad del trauma.

En ocasiones, algunos factores añadidos al nacimiento del hijo con una deficiencia visual grave pueden llevar a los padres a fracasos rotundos, como intentos de suicidio, incluso en personas que posteriormente hemos podido comprobar que no padecían una alteración psicológica especialmente significativa. Entre estos factores,

hemos encontrado patologías añadidas a la ceguera, cegueras sobrevenidas en situaciones muy traumáticas o malformaciones muy llamativas. Entre estas circunstancias traumáticas hemos constatado situaciones de desestructuración personal o familiar por accidentes, enucleación bilateral de ambos ojos o deformidades craneofaciales, que respondían más a la intensidad del trauma que a la propia patología de los padres.

No es fácil describir cuáles son los principales obstáculos que encuentran los padres para alcanzar esa actitud equilibrada, que permite al niño crecer y desarrollarse armónicamente y, desde luego, no es posible establecer una frontera entre lo normal y lo patológico. Se trata más bien de un continuo en el que no existen límites definidos, por sí solos. Es imposible establecer correlatos entre comportamientos, actitudes o personalidades de los padres y posibles patologías futuras del hijo. Pero también es cierto que estamos en condiciones de afirmar que algunas actitudes maternas durante los primeros años de la vida de un niño y en particular de un niño ciego van a conllevar muy probablemente trastornos importantes para su desarrollo psicológico.

Si hubiera que marcar los límites entre lo normal y lo patológico en las relaciones de los padres con un hijo ciego, éstos tendrían que ver, por una

parte, con una capacidad suficiente para realizar el apego y establecer los primeros vínculos, y, por otra parte, con la capacidad suficiente para promocionar y apoyar al niño en el, a veces doloroso pero ineludible, camino hacia la independencia.

En última instancia estos procesos dependen esencialmente de que los padres puedan identificarse con su hijo y puedan entonces establecer con él una relación objetal y reconocerle como persona independiente.

Dicho de forma coloquial, aunque resulte algo simplificador, podríamos mencionar dos núcleos conflictivos en torno a los cuales se aglutinan los problemas de muchos padres de niños con discapacidades visuales graves: la dificultad para amarles y la dificultad para dejarles crecer, en el sentido más pleno de ambas palabras.

El primero de estos núcleos se hace más presente durante el período de la vinculación. Para que los padres puedan amar a su hijo tienen que poder descubrir en él aspectos positivos que despierten su deseo; tienen que poder llegar a disfrutar con él. Esto no siempre resulta fácil por diversas razones.

En ocasiones la madre no puede hacer una aproximación física confortable y tranquilizadora. El contacto puede ser rígido, temeroso, o escaso pero, en cualquier caso, resulta poco placentero para ambos miembros de la diada.

En estos casos la madre no es capaz de satisfacer las necesidades básicas de apego. La imposibilidad, o las dificultades graves, para la vinculación traerá para el bebé consecuencias fatales que, en los casos más graves, podría llegar al desarrollo de un cuadro psicótico.

Estas dificultades tan primarias suelen estar relacionadas con trastornos del vínculo que la madre tuvo en su infancia con sus propias figuras parentales o con alguna patología psíquica previa. Pero es también cierto que la deficiencia puede reactivar esos núcleos psicóticos a los que hemos aludido que estaban más o menos compensados y que si hubiera nacido un niño sano no se hubieran activado.

Estos padres suelen encontrar graves dificultades para identificarse con un niño «defectuoso», que viven como algo ajeno. Además el carácter tan llamativo que la ceguera tiene les coloca en una posición aún más difícil para realizar esta identificación.

La madre de un niño prematuro, ciego por retinopatía, reconocía cuando el niño tenía seis meses que tenía miedo de estar sola con él en casa.

En otras ocasiones los padres no hallan dificultades tan masivas para llevar a cabo algunas funciones de apego, como proporcionar alimentos y cuidados básicos, pero no saben o no pueden responder contingentemente al niño. Recordemos que para la teoría del apego, formulada por Bowlby, la respuesta sensible es un organizador psíquico muy importante, que incluye notar las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente y responder apropiada y

rápidamente (Marrone, 2001).

Esto ocurre frecuentemente en los casos en los que la figura de cuidados padece trastornos del estado de ánimo con momentos de depresión e hipomanía o con personalidades muy impulsivas que actúan sin reconocer las necesidades o los deseos del otro.

La privación específica de la mirada como vehículo de la interacción obstaculiza el reconocimiento mutuo, la interpretación de las señales del niño y la comunicación. Este impedimento, sin duda ninguna, puede aliarse con las tendencias de los padres, pero como venimos señalando en muchos lugares de este libro lo que para algunos padres es una imposibilidad, para otros es sólo una dificultad.

Este tipo de interacción puede lógicamente tener consecuencias perturbadoras para el desarrollo psíquico de cualquier niño, pero en el caso de los niños con ceguera, les coloca en una posición de extrema indefensión, ya que ellos están mucho más al albur de las iniciativas del otro y de que el adulto le ayude a dar sentido a los estímulos exteriores para organizar su experiencia.

A pesar de estos obstáculos, muchos padres descubren en su hijo capacidades y aspectos amables y consiguen cubrir esta etapa de la vinculación sin grandes problemas.

Queda entonces por superar un segundo período, el que comienza con la separación de la díada madre-niño que conduce a éste a la individuación, según describió M. Mahler.

Es preciso comprender entonces que el niño es un sujeto independiente. Los padres, ambos, tienen que saber dejarle crecer. Esto significa que, de alguna forma, tienen que saber aceptarle como es, quizá como va siendo, incluso como anticipan que será. Esto supone tolerar su handicap, su frustración ante los sucesivos intentos de autonomía y su dolor ante algunos fracasos.

En esta etapa del desarrollo, cuando el niño intenta conseguir algunas adquisiciones como la marcha autónoma, por ejemplo, la ceguera se hace muy manifiesta y los padres (sobre todo aquellos que padecen trastornos de tipo narcisista) pueden vivir los fracasos del hijo como un atentado a su capacidad.

En estas ocasiones los padres, en cierta manera, pueden llevar a cabo las funciones de apego; cuidan y protegen a su hijo y son capaces de establecer con él un primer vínculo, pero les resulta imposible investir al niño como objeto narcisista.

La madre de un chico ciego no podía ver cómo su hijo derramaba la comida de la cuchara cuando estaba aprendiendo a comer solo. Esta situación parecía ponerle de manifiesto de una forma «insoportable» la falta del hijo y su propia herida narcisista. Ella lo justificaba con una actitud de las llamadas «sobreprotectoras»: no enseñaba esa conducta a su hijo porque «el aún era pequeño», mientras su otro hijo había sido enseñado a una edad más

temprana y el niño ciego era perfectamente capaz de aprenderla.

A veces, incluso desde posiciones más objétales, los padres no soportan ver sufrir al hijo e intentan evitarles el dolor de conocer su deficiencia o les procuran una realidad más acolchada que aparentemente les facilita el presente, pero que les impide construir su propia identidad, aceptarse a sí mismos y enfrentarse al entorno desde lo que ellos verdaderamente son. Sólo desde esta posición puede un sujeto, ciego o no, hacerse cargo de sí mismo y relacionarse con los demás.

Otro chico, que padecía también ceguera total, decía: «ser ciego es estupendo, porque te lo hacen todo». Mientras, sus padres nos acusaban de morbosas cuando les aconsejábamos que el niño tenía que tomar conciencia de su ceguera.

En una sesión de trabajo que formaba parte de una dinámica de grupo con padres de niños de 5 años con deficiencias visuales, todas las familias estaban de acuerdo cuando un padre dijo: «cuesta más soportar el sufrimiento de ellos que el nuestro».

Quizá resulte paradójico pero la discapacidad, que para algunos padres supone un obstáculo insuperable durante la vinculación, para otros se convierte en una buena razón para justificar una relación simbiótica con el hijo.

Esta relación simbiótica patológica, por supuesto, se produce también con hijos sin discapacidad orgánica. Pero en los casos de niños con discapacidad la realidad objetiva parece aliarse con el deseo inconsciente de uno de los progenitores, frecuentemente la madre, e impide penosamente el crecimiento del niño y el establecimiento de una relación sana.

L, una madre, que tenía marcados rasgos masoquistas, encontró en el nacimiento de un hijo ciego un excelente motivo de queja y de «satisfacción». Este niño fue una «argumentación perfecta» para justificar todo lo que ella no tenía o no podía hacer.

M., en cambio mantenía con su hijo una relación excesivamente erotizada que, por motivos bien diferentes, abocó también a una relación simbiótica.

En este tipo de patologías la figura del padre es de importancia decisiva, obviamente como lo sería para cualquier otro niño sin discapacidad. Pero como ya hemos repetido varias veces en este libro, la vulnerabilidad que la ceguera conlleva magnifica las consecuencias que las circunstancias adversas de la crianza o la patología psíquica de los padres puedan tener para el niño.

Es cierto que los padres de los niños ciegos tienden a veces a depositar gran peso de la crianza en manos de la madre que suele asumir más directamente el cuidado del niño. Sin embargo, cuando la relación entre la pareja es fuerte y el hijo no está al servicio de algún deseo infantil no satisfecho, la función de corte se lleva a cabo de forma normal y el niño supera el período edípico y accede a la triangulación.

Ya hemos dicho que los deseos de muerte o de agresión son habituales ante el nacimiento de un hijo con una deficiencia grave, pero cuando son excesivos, pueden ocasionar formaciones reactivas y suponen dificultades más o menos severas para el desarrollo del hijo. Algunas dificultades de los padres para poner límites podrían estar vinculadas a estos deseos; los padres que no pueden poner límites suelen temer dañar o agredir al hijo si lo hicieran.

Algunas actitudes de sobreprotección patológica (S. Sausse, 1996) podrían estar asentadas en los mismos, sintiendo que separarse es dañar al otro.

En algunos casos el bebé puede también convertirse en un perseguidor, que nos pone de manifiesto las limitaciones y puede por ello desencadenar la agresividad. Él causa un daño a los padres y ellos pueden sentirse agresivos por esto.

— ***Intolerancia a la incertidumbre***

Como apunta S. Sausse (1996), en la indagación sobre la deficiencia se muestra una gran ambivalencia: por una parte, se desea conocer el origen con el fin de que el hecho no sea un sin sentido, algo absurdo, sino algo racionalizado que dé sentido a un hecho tan importante. Quizá también añadimos, porque nos es difícil renunciar al control y vivir en un mundo donde el azar determina hechos tan trascendentes.

Por otra parte, temen la confirmación de una causa ante la cual es posible que aumente la culpabilidad (aunque ésta se presenta con frecuencia tanto se conozca la etiología como si no se conoce). La pregunta «¿por qué me ha tenido que pasar?» indicaría que alguna implicación de culpabilidad, no siempre consciente, está conectada en el psiquismo del padre.

Lo que en nuestra experiencia hemos comprobado es que cuanto más dudoso es todo en el inicio (diagnóstico, etiología, grado de discapacidad), como suele ocurrir en muchos casos con el déficit visual, más difícil es comenzar con un proceso de elaboración y más fácil permanecer en defensas negadoras.

Esta indefinición perturba las representaciones que los padres hacen sobre su hijo y les impide a veces forjar proyectos para él, lo que puede incrementar una sensación de desorientación y de extrañeza ante un niño que no saben cómo identificar.

Los padres se pueden debatir pues, entre deseos de saber y de no saber, entre lo irracional y lo racional, siendo ambos compatibles y contemporáneos ya que, como dijo Freud, el pensamiento mágico y el racional conviven.

— ***Sobre la idealización***

Cuando un contratiempo de la vida golpea el psiquismo de forma intolerable, o al menos intolerable para una persona determinada, ella se ve en la necesidad de emplear defensas negadoras que le permitan no ver lo que no puede ver.

Entre estas defensas negadoras no es infrecuente ante el nacimiento de un hijo con una discapacidad grave utilizar la idealización.

Según el diccionario de psicoanálisis de Laplanche, recogiendo la definición de M. Klein: «la idealización del objeto constituiría, en esencia, una defensa contra los instintos destructores».

Si analizamos algunos de los motivos ya mencionados que pueden dar razón de por qué una pareja decide tener un hijo, no es difícil comprender que algunos de ellos resultan muy incompatibles con la aceptación de un hijo ciego. Por ejemplo, el deseo de permanecer completos y omnipotentes, querer revalorizar la propia imagen a través de verse idealizadamente como el mejor padre...

En general, la predominancia de motivaciones narcisistas conlleva defensas evitativas y suelen ser indicadores de alteraciones vinculares. Posiblemente porque el déficit frustra bruscamente estas expectativas.

Como ya aludimos líneas atrás, cuanto más perfecto fuera el bebé imaginado, cuantos más vacíos debiera cubrir, más lejos estará de él un bebé castrado y más insoportable será esta castración.

Posiblemente esta frustración despierte mucha rabia y sentimientos agresivos. Reconocer estos sentimientos no siempre resulta fácil. Si por cualquier razón los padres tienen un conflicto con su propia agresividad, es muy probable que tengan que utilizar defensas idealizadoras. Porque éstas les permiten evitar lo que de insoportable tenga para ellos el propio déficit y lo que de intolerable tenga para ellos reconocer su propia agresión.

Reconocer sentimientos agresivos, dirigidos a veces incluso contra el propio niño, despierta profundos sentimientos de culpa y malestar. En estos casos, no es raro que los padres tiendan a reprimir en la relación con el niño sus partes agresivas y nieguen a su vez la agresividad del niño.

En nuestra experiencia resulta llamativo comprobar que la agresión verbalizada no guarda apenas relación con la agresión actuada. Es más, cuanto más fácil resulta el reconocimiento y la expresión verbal de los sentimientos agresivos más posible es que esa agresión no se actúe. Actuar la agresión no quiere decir agredir directamente al niño sino que implica manifestaciones indirectas como no procurar los cuidados suficientes, no asistir regularmente a los tratamientos, tener dificultades para establecer contacto físico...

La madre de un niño con una ceguera sobrevenida confesaba que a veces había deseado la muerte del hijo. Sin embargo establecía con el niño una interacción muy próxima y cariñosa.

Mientras que otra madre, que se dirigía siempre a su hijo con extrema delicadeza, no le reñía ni protestaba nunca de los mil inconvenientes de la crianza, entablaba una relación menos cálida y sobre todo menos espontánea. Esta mamá hizo muy pocas manifestaciones de duelo durante los dos primeros

años y hablaba siempre de las personas ciegas con «gran admiración».

Las actitudes de abnegación, de entrega incondicional, de admiración, son casi siempre el resultado de formaciones reactivas que suelen defender de sentimientos agresivos.

Un vínculo muy idealizado que prive al niño de reconocer y expresar sus sentimientos agresivos le obliga a mantener la escisión impidiéndole fusionar los impulsos amorosos y los agresivos. Fusión imprescindible para la interiorización de un objeto total y consecuentemente para la estructuración del psiquismo.

Recordemos que en todas las culturas, y en muchas especies animales, existen manifestaciones lúdicas con los cachorros en las que se entremezclan en forma de juego expresiones agresivas y amorosas.

Una cierta idealización es normal y ayuda a sobrellevar las limitaciones, las frustraciones, y en general la realidad misma. La intensidad de la defensa y el tipo y gravedad del conflicto que subyazca determinarán lo patológico de este tipo de relación.

— ***Sobre la depresión***

Acerca de la tristeza y la depresión querríamos señalar algunas puntualizaciones que nos han resultado de utilidad a lo largo de estos años de trabajo. Se trata de matizar el tipo de depresión que aflige a los padres. Tomando esta distinción de [R. Coraminas \(1995\)](#), apuntamos que puede haber dos tipos de duelos: «objétales» y «narcisistas».

En los del primer tipo los sentimientos de tristeza se dirigen *sobre todo* hacia el niño; los padres están tristes sobre todo por él, por lo que sufrirá en el futuro o por lo que no podrá disfrutar. En este caso es llamativo observar cómo el padre / madre puede estar llorando mientras nos habla con gran tristeza, pero si el bebé llora y va hacia él, su interacción no se encuentra afectada. Esta depresión no tiene repercusiones negativas en el desarrollo del niño, al contrario significa un momento necesario de la elaboración.

En el segundo caso los sentimientos de tristeza se encuentran más relacionados con el propio padre. Éste sufre *sobre todo* por lo que él mismo ha perdido, por sus expectativas destruidas, por su imagen ideal dañada. En general cuando esto sucede el padre / madre tiene dificultad para poner sus energías en el niño, no encontrándose necesariamente disponible emocionalmente para la interacción, con el consecuente peligro para el desarrollo emocional del niño.

Estas categorías no se presentan normalmente en formas extremas, sino que hay sentimientos entremezclados, y momentos en los que predomina una u otra. La fijeza o predominancia marcada de una depresión de tipo narcisista es poco compatible con el reconocimiento del niño como sujeto y tiene peor pronóstico para su desarrollo.

En ocasiones, puede aparecer también una depresión grave, clínicamente psicopatológica, poco frecuente pero muy perturbadora para el desarrollo del niño, que requeriría de inmediato la intervención del profesional adecuado.

— **Identificarse con lo extraño**

S. Korff-Sausse (1997) propone una larga lista de todos los temores que nos provoca un niño con déficit: el temor del atentado contra la integridad que el déficit representa y que nos envía una imagen intolerable; temor de lo extraño y que como en un espejo deformante nos refleja lo que de extraño hay en nosotros y queremos olvidar; temor a la herida que el déficit inflige a la imagen ideal de un niño perfecto; temor del deseo de muerte que puede inspirar o de la agresividad que puede despertar...

La deficiencia, y más aún la deficiencia manifiesta, nos devuelve, como en un espejo cóncavo, una imagen imperfecta que nos conecta con nuestra propia imperfección, con aquello de nosotros que no deseamos saber.

Korff-Sausse (1997) se pregunta «¿lo monstruoso que veo en el otro no es mi propia monstruosidad que él tiene la impudicia de desvelar?»

Según esta autora «el verdadero problema no es la diferencia sino la semejanza». Remarcar la diferencia, interpretamos siguiendo esta reflexión, sería una forma de no ver la semejanza, precisamente por la dificultad de reconocernos en nuestras partes deficitarias.

Una madre con marcadas tendencias a la idealización, que cuidaba y protegía a su hijo esmeradamente, empleaba frecuentemente expresiones como: «en su mundo», «en el mundo de las personas invidentes», como deseando vivir ciertamente en otro mundo.

¿Se podría decir entonces que los problemas de identificación con el bebé (proceso imprescindible en los primeros meses) serían más marcados en tanto el padre / madre más rechaza sus propias partes débiles? ¿Cuánto más necesita mantenerse en la omnipotencia, por tanto? ¿Cuánto más predominan sus conflictos y necesidades de tipo narcisista?

En este sentido, se producen a veces reacciones compasivas que no hacen sino marcar la diferencia abismal y esconder el odio y el deseo de muerte. «La compasión es el reverso del odio» (Korff-Sausse, 1997).

La madre de un niño ciego de dos años y medio, tomaba al niño en brazos en vez de obligarle a caminar, aunque el niño lo podía hacer sin ninguna dificultad. Cuando le preguntábamos por qué mantenía este comportamiento, explicaba que le daba pena el chiquitín. Posteriormente cuando admitió que el niño debía caminar solo, le explicaba que debía caminar solo porque a ella le dolía la espalda.

Así el circuito agresión-culpa-castigo hacía imposible gozar de las

adquisiciones yojicas que tan profunda satisfacción proporcionan a otros padres de niños sin visión.

Por ejemplo, una madre nos decía, refiriéndose a su hija ciega y comparándola con su hermana mayor sin ninguna discapacidad, «estoy mucho más pendiente de esta niña, pero, desde luego, disfruto mucho más de cada cosa que hace que lo que disfruté con su hermana mayor.»

Y la madre de un niño con deficiencia visual y parálisis cerebral, con inteligencia conservada nos dijo: «el trabajo se multiplica por diez pero las satisfacciones también».

[Freud \(1919\)](#) señala que cada vez que los límites entre imaginación y realidad se desdibujan, que lo que habíamos creído como fantástico se nos aparece como real, surge este sentimiento de extrañeza. En el caso del déficit, todos los temores fantaseados durante el embarazo vendrían a transformarse en algo real.

Bion (1965) también habló del «cambio catastrófico», de lo que supone un corte abismal, un sentimiento de desastre que puede suceder en la vida ante ciertos acontecimientos, y sin duda éste es uno de ellos.

Los padres tienen que interiorizar este hecho real, exterior, conectado, no obstante, de inmediato con su interior, para que tenga sentido para ellos. De alguna forma debe poder ser pensado y hablado, simbolizado, para que pueda ser procesado.

Deberíamos reflexionar cuando unos padres o profesionales tienen dificultad para referirse a una deficiencia o discapacidad por su nombre. El padre de un bebé con ceguera total de 15 meses aludía siempre a los niños ciegos con las palabras: «los niños así». Esta dificultad parece existir en muchas culturas, en la nuestra se han cambiado muchas veces los términos alusivos a la discapacidad, como si fueran contaminándose de lo malo del déficit. Generalmente cuanto más terrorífico es el sentimiento que se experimenta, más difícil es ponerle nombre y hablar de él. Parece que al mencionarlo le estamos dando carta de realidad, si no lo hacemos podemos mantenerlo ficticiamente como algo que aún puede no ser; ([Freud señaló este mecanismo en 1913, en su obra Tótem y Tabú](#)).

A veces, incluso desde posiciones más objétales los padres intentan evitar al niño experiencias dolorosas y tratan de evitarles los sufrimientos naturales de la vida sin los cuales resulta imposible crecer.

Las actitudes sobreprotectoras, compasivas, piadosas, que eximen al niño del contacto con experiencias dolorosas lo dejan en una posición de extrema vulnerabilidad.

Estas actitudes suelen llevar a actuar por el niño sin otorgarle «carta de ciudadanía», imposibilitando el proceso de constitución del sujeto.

— ***La ceguera como castigo***

Es cierto que hoy vivimos en una sociedad «civilizada», en la que las personas con discapacidad están cada vez más presentes en la vida ciudadana, en la que el pensamiento mágico y supersticioso ha ido dejando paso a un pensamiento racional y en la que los avances científicos están incorporados en alguna medida a la cultura popular.

No obstante, en niveles más inconscientes (en los que conviven los contrarios y el pensamiento supersticioso y el racional se hacen perfectamente compatibles) la discapacidad puede ser vivida como un castigo, despertando sentimientos de culpa de intensidad y cualidad muy diversa.

G., madre de un niño ciego, tenía sentimientos de culpa; jamás expresaba sentimientos agresivos hacia el niño y cuando se refería a él manifestaba siempre expresiones compasivas. Esta madre era incapaz de parar los actos agresivos del niño como golpear o gritar, aunque estas conductas la molestaban mucho y de hecho el niño las utilizaba para irritarla.

[Volver al Índice / Inicio del Capítulo](#)

Capítulo 5

Cruzando el puente

La resiliencia

A lo largo de este libro hemos examinado, fundamentalmente, los problemas, dificultades u obstáculos que el niño con deficiencia visual y su familia van encontrando a causa del déficit, así como los que se pueden sobreañadir por diferentes motivos. Hemos considerado siempre que la intervención tiene el objeto de procurar soluciones adaptativas para el desarrollo del niño y el bienestar de su familia.

En el afán de prevenir, no debemos olvidar que, a pesar de las dificultades que entraña la crianza de un niño con ceguera, algunos factores ayudan a superar esta situación de forma satisfactoria. Sabemos que los niños y los adultos pueden superar grandes dificultades o situaciones muy traumáticas. Cuando no existían los servicios de atención temprana muchas personas con deficiencias visuales graves, o con otras discapacidades, salían adelante (aunque otras muchas no lo conseguían).

[Cramer \(1999\)](#) menciona los trabajos de Spitz sobre el hospitalismo y recuerda que no todos los niños en la misma circunstancia ambiental (deprivación) manifestaban el cuadro de la depresión anaclítica, ni sus síntomas con la misma intensidad. De hecho sólo un tercio de ellos tuvo problemas psíquicos relevantes ([Cyrulnik,2001](#)). De la misma forma, A. Freud confirmó diferencias individuales señaladas ante catástrofes como los bombardeos durante la 2ª Guerra Mundial en los niños que ella atendía en la guardería.

Ha sido Cyrulnik el autor que más ha trabajado sobre un concepto tomado de la física que se ha extendido en los últimos años: «resiliencia». En física hace referencia a la capacidad de un material para soportar un impacto. Cyrulnik lo ha aplicado y estudiado en relación con la capacidad para salir adelante ante traumas externos intensos (catástrofes, guerras...) o agresiones continuadas (malos tratos, abusos). Él rompe una lanza a favor de la incidencia del medio para ayudar a superar las desgracias estando en contra de cierto determinismo que afirma que los traumas precoces son difíciles de superar y dan lugar a daños duraderos y graves. Alega que esta conclusión, que considera errónea, es debida a que la mayoría de los estudios siempre se hacen sobre las personas «que no salen adelante», ya que los que consiguen adaptarse satisfactoriamente no suelen aparecer por las consultas psicológicas o psiquiátricas ni de ayuda social.

Basándose en estudios de seguimiento a largo plazo de grupos comparativos de personas con o sin dificultades graves en su infancia, dice que los resultados no permitían mantener esa creencia.

Afirma que «mientras más dura es la vida, más posibilidades hay de que nos parezca dura. Pero que sufrimiento y tristeza no son sinónimos de depresión» y

que los trastornos precoces efectivamente tienen efectos precoces que pueden durar si no cambia el ambiente.

En la década de los 90 es cuando más importancia se ha empezado a dar a los «factores de protección» y a tratar de aplicar el concepto de resiliencia como una resistencia al enfermarse psíquico no ligado necesariamente al suceso externo. Según [Cramer \(1999\)](#) es más fácil hablar de resiliencia cuando se puede identificar un acontecimiento (o una serie de ellos) grave, externo e impactante, contra los cuales luchan los factores de protección, pero es más difícil aplicarlo a malestares que se crean en el mundo interno del sujeto sin un desencadenante externo.

En cuanto al seguimiento de personas con déficit visual (Freeman y otros, 1989) confirman que la mitad del grupo evolucionó mejor de lo que se esperaba y sólo un 5% empeoró, contradiciendo la literatura existente sobre las malas evoluciones de personas con este tipo de déficit.

Haciendo una síntesis de las aportaciones de Cramer y Cyrulnik, podríamos destacar tres factores de protección especialmente relevantes:

— *Factores individuales*

- *Presentes en el nacimiento de orden constitucional o genético:* factores que explicarían que los bebés de los estudios de Spitz, ya mencionados, en iguales circunstancias ambientales no enfermaran con la misma gravedad y contarán con capacidades diferentes para conseguir hacerse con la atención de un adulto en un medio difícil. Es decir, una cierta capacidad para provocar y buscar el contacto y la atención del otro. Capacidad que en estas circunstancias puede suponer la supervivencia.

También entre los bebés ciegos, se dan características temperamentales, que les hacen resultar más atractivos para los adultos que conviven con ellos: tranquilidad, capacidad de atención, capacidad de contacto... En definitiva, características que les permiten hacerse querer.

- *La dimensión individual de la «autoorganización» (Cramer):* los modos individuales «de estructurarse, de integrar y dar sentido a todas las influencias».

- *Factores ambientales posibilitadores de la vinculación:* las figuras de referencia disponibles en el entorno más cercano, tipo de vínculo que se establece con ellas (seguro o protector) y calidad de las relaciones. Recursos que ayudarían a desarrollar en el niño una serie de identificaciones, estructuras y defensas protectoras.

- *Factores sociales:* la familia en sentido más amplio, la escuela, la sociedad que pueden dar al niño el soporte y el espacio necesarios para representarse las dificultades o aumentar sus factores de resistencia.

Entendemos que es por esto por lo que Cyrulnik termina afirmando que la

resiliencia no la componen sólo factores individuales, sino que es un proceso donde se tejen estas características con la aportación del medio, a través de una persona significativa.

Si lo examinamos a nivel individual, Cramer ha mencionado el importante rol que juega la inteligencia y también la capacidad de juego y de imaginación en el niño. Según entendemos todo ello va en la línea de la capacidad de simbolizar y de representarse el mundo y sus acontecimientos.

En cuanto a las defensas más favorables Cyrulnik menciona la escisión o disociación como la que permite en un primer momento que una parte del yo reciba el impacto e incluso resulte herida y la parte más sana se ponga al servicio de la supervivencia. [Korff-Sausse \(1997\)](#) apoya también este mecanismo entendiéndolo no como una fosa entre dos zonas del psiquismo, sino como un continuo con oscilaciones en el grado de investimento que permitiría a veces mantener posiciones contradictorias (como la dependencia y la independencia). Los padres pueden saber que el déficit está ahí, que existe, y de cuando en cuando obviarlo. Igualmente la negación permite no ver una realidad demasiado dolorosa o peligrosa.

En otros momentos, capacidades como la abstracción, la racionalización, el humor y sobre todo la capacidad de sublimación y la creatividad, ayudan en la difícil tarea de salir adelante. Cuando las pérdidas no causan un desequilibrio o una ruptura en el psiquismo, pueden impulsar el pensamiento y la creatividad ayudando así positivamente a su superación.

Sabemos que muchos padres salen adelante y ayudan a salir a sus hijos con discapacidad. Todos ellos, aún siendo muy distintos en su estilo, disponían de una historia positiva, de un yo suficientemente fuerte, de una buena capacidad para relacionarse objetivamente y empatizar.

Singular importancia tiene la capacidad para soportar el dolor y el sufrimiento propios y del hijo. Esta capacidad les permitirá abrir un espacio emocional donde pueda expresarse lo depresivo, lo frustrante para que el niño pueda representárselo sin otra carga añadida: la de la culpa por el sufrimiento que supuestamente inflinge a sus padres por su discapacidad, como suele aparecer con cierta frecuencia en los tratamientos psicoterapéuticos de adultos o jóvenes con discapacidad ([Coraminas y Sanz, 1995](#)).

Si los padres, en primer lugar, y otros entornos próximos al niño como la familia amplia, la escuela... son capaces de abrir este espacio emocional para dar cabida al sufrimiento, el niño podrá elaborar y representarse su dificultad de forma más ajustada y menos negativa para su desarrollo.

Cuando los padres reciben la noticia del déficit del hijo, se produce una situación semejante en alguna forma a las condiciones de catástrofe que estudia Cyrulnik. La mayoría de los padres son personas con unas condiciones psicológicas «normales», que tienen que hacer frente de pronto a un hecho externo de características impactantes. Si bien, con la diferencia de que ese hecho externo pasa rápidamente a entretajerse con su mundo interno, lo que

supone algunas características particulares.

Los factores propios de resistencia de estos padres y los apoyos que el exterior les brinde (servicios de acompañamiento y atención temprana, familiares, amigos, otras redes sociales, etc.) son los que harán posible el proceso de resiliencia.

A lo largo de la difícil crianza de un hijo con una discapacidad, muchos padres se ven reforzados narcisísticamente y reparatoriamente con los logros del niño. Aumentan su resiliencia cuando son capaces de «aprovechar en su favor» los avances de su hijo y valorar su propia capacidad para criarlo. Así como los niños de los que Cyrulnik habla, se reponen de una gran desgracia porque, entre otras cosas, son capaces de estar muy atentos y receptivos a cualquier mano que se les tienda, muchos padres se reponen del trauma que supone el nacimiento de un hijo con una deficiencia si son capaces de aceptar y valorar las ayudas que se les brindan desde sistemas de apoyo externos.

Como afirma Cramer, no disponemos aún de una teoría psicológica de la resiliencia y conocemos más lo que interfiere que lo que ayuda, pero no debemos perder de vista esta perspectiva en A.T., es decir observar y promocionar si es posible esos factores que protegen.

El trabajo con familias en el marco de la atención temprana

La atención temprana es un conjunto de medidas que tienden a proporcionar al niño con una deficiencia, las experiencias necesarias para que desarrolle al máximo sus posibilidades. La atención temprana se inscribe en el marco de la prevención secundaria: actúa una vez que existe el déficit para evitar la discapacidad, disminuir sus efectos o evitar discapacidades añadidas.

Lógicamente, es el ambiente el que debe proporcionar al niño esas experiencias necesarias para el crecimiento; en los primeros años del desarrollo, obviamente, el ambiente más significativo para el niño es la familia. De ahí nuestra insistencia en que los servicios de atención temprana están principalmente dirigidos a los padres como únicos posibilitadores del desarrollo del niño.

Tradicionalmente, entre los objetivos que los servicios de atención temprana establecen como prioritarios en el ámbito de trabajo con las familias suelen constar los siguientes:

- Explicar las peculiaridades específicas que cada discapacidad impone al desarrollo del niño.
- Orientar sobre el momento evolutivo de cada niño, objetivos inmediatos y estrategias para su consecución.
- Dar información general sobre posibilidades y recursos que el niño irá teniendo a lo largo de su vida.

Sin duda, estas intervenciones resultan imprescindibles para que los padres puedan ayudar a su hijo. Pero para que ellos puedan estar en disposición de ayudar y comprender las orientaciones que los profesionales pretendemos darles, ellos mismos deben gozar de un estado emocional sereno, incompatible a veces con la angustia y la desorganización psíquica que conlleva el nacimiento de un hijo con una discapacidad tan llamativa como es la ceguera.

Como hemos venido diciendo, todo el desarrollo del niño en estos primeros años se sitúa dentro de la relación con los padres y particularmente con la madre o figura de cuidados durante los primeros meses. Estos procesos de interacción a través de los cuales se establece la relación van a vehiculizar no sólo el desarrollo emocional del niño sino su desarrollo estrictamente cognitivo. Pero si los sentimientos que los padres tienen hacia su hijo y el proyecto implícito que sobre él se han forjado, no siempre conscientes, condicionan inevitablemente su comportamiento con él, es lógico que una intervención que atienda únicamente aspectos informativos o conductuales resulte en muchas ocasiones ineficaz.

Como ya mencionamos en la introducción, los profesionales que trabajamos con familias hemos podido comprobar repetidas veces que resulta inútil, y a veces contraproducente, informar sobre lo inadecuado de una determinada conducta o sobre la importancia de una determinada actividad, cuando comprobamos que algo está impidiendo a los padres llevarla a cabo.

Por ejemplo, D., que padecía ceguera total, cuando tenía dos años y medio necesitaba ampliar sus experiencias motrices. Era conveniente salir más a la calle y ejercitarse en los elementos de parque: toboganes, columpios, castillos... En dos entrevistas se explicó a la familia la conveniencia de estas salidas, pero la situación no se modificó. Los padres alegaban «que hace frío y el niño es propenso a constipados». Sólo cuando pudimos comprender y los padres pudieron admitir, que les resultaba realmente intolerable la comparación de su hijo con los otros niños videntes, que corrían en el parque, pudimos abordar el verdadero conflicto, que estaba impidiendo realizar esta tarea sencilla.

Si no hubiéramos podido desvelar los motivos que impedían llevar a cabo esta actividad, aún en el supuesto de haber conseguido que el niño bajara al parque por otros medios, los padres hubieran seguido procurando evitar cualquier otra situación similar, que pusiera de manifiesto la dolorosa diferencia que evidencia la comparación con otros niños.

Es innegable que las actitudes y los comportamientos, que los padres mantienen con sus hijos, tienen un componente psíquico y que su motivación debemos buscarla en cuestiones afectivas, no siempre manifiestas. Sentimientos como la rabia o la culpa, tan habituales ante el nacimiento de un hijo con una discapacidad, determinan frecuentemente toda la historia de la relación entre un niño y sus padres y pueden llegar a perturbar fatalmente la vida de la familia.

En general, en cuanto sobrepasemos los aspectos puramente informativos, el

trabajo con familias entraña muchas dificultades por la multicausalidad que condiciona cada proceso, en nuestro caso, el de aceptar y ayudar a crecer a un hijo con una deficiencia visual grave.

Conscientes de esta complejidad y de las limitaciones de nuestra intervención como profesionales, y sabiendo que los padres son los verdaderos protagonistas en este proceso, tratamos de ayudarles, en la medida en que su situación psíquica, su situación sociocultural y nuestros propios recursos lo permitan.

Para poder abordar las necesidades tanto informativas como emocionales de los padres, a lo largo de nuestra experiencia hemos visto necesario establecer diferentes encuadres que facilitaran la intervención tratando de mejorar su eficacia. Relacionamos a continuación aquellos que a lo largo de nuestra propia trayectoria como profesionales de atención temprana fuimos incluyendo en nuestro servicio. Sabemos que esta experiencia no resulta generalizable, y que cada servicio tiene sus condicionantes técnicos y políticos, pero hemos creído de interés mencionarlos aquí porque, aún no disponiendo de recursos o teniendo circunstancias adversas, cuando se dispone de un marco potencial de referencia es más viable adecuar el funcionamiento de los propios equipos de atención temprana o gestionar servicios entre los recursos sociales de la comunidad.

Los dividiremos en dos categorías: encuadres generales, que se establecen para todos los padres, y encuadres especiales, que se reservan sólo para problemáticas particulares.

A) Encuadres generales

— *Sesiones individualizadas padres-niño*

Son los espacios más habituales en los servicios de atención temprana. Están establecidos con periodicidad regular y su frecuencia depende de las circunstancias de cada caso. En ellos se abordan aspectos informativo-orientadores. En estas sesiones y siempre dentro de una situación relajada se observa al niño y la interacción con los padres ya que sólo favoreciendo situaciones de observación podemos contribuir a que los padres observen y comprendan al niño. En estas sesiones se plantean nuevos objetivos en el desarrollo, se prueban estrategias y se intercambian propuestas con los padres para su generalización en situaciones cotidianas. Se aplican los programas para estimular el desarrollo y las técnicas habilitadoras específicas.

Siempre en un clima de confianza, se favorece la expresión de sentimientos, proporcionando un espacio emocional permisivo y contenedor. A veces un comentario sencillo como «se te ve algo cansada» o «parecéis contentos con el niño» ayuda a que los padres manifiesten su situación emocional.

Esta forma de estar es la única que hace posible la expresión de aquellos aspectos latentes, más o menos conflictivos, que pudieran estar en la base de situaciones problemáticas para el desarrollo del niño, actuales o potenciales.

En este encuadre los padres tienen también la posibilidad de identificarse con el terapeuta, como objeto bueno, que apoya y ayuda pudiendo luego ellos verse así respecto a su hijo. Este encuadre se utiliza principalmente los dos o tres primeros años de vida del niño.

— *Entrevistas de seguimiento y devolución*

Son espacios de utilización puntual donde se intercambia información, se valora la evolución del tratamiento o se reflexiona sobre cualquier cuestión de interés que precise ser tratada fuera de la presencia del niño.

Pueden llevarse a cabo con carácter periódico, pero son ineludibles cuando hay que tomar alguna decisión importante como la escolarización, cuando hay que transmitir información tras una evaluación, o cuando es necesario obtener información para comprender alguna situación que esté obstaculizando un desarrollo satisfactorio.

— *Escuela de padres*

Es un espacio informativo y de discusión entre los padres que puede adoptar el método de charla o el de grupos operativos. Si bien tiene la ventaja desde el punto de vista emocional de favorecer identificaciones y apoyo mutuo entre los padres, tiene también una importante desventaja: al no ser un espacio adecuado para la profundización pueden surgir generalizaciones e identificaciones erróneas así como defensas de tipo hipomaniaco que luego hay que abordar en otros espacios más individualizados.

B) **Encuadres especiales**

Los incluidos en este grupo mantienen la característica común de ser preferentemente psicoterapéuticos, careciendo de los aspectos informativos de los anteriores encuadres, con el objetivo de conseguir un mejor funcionamiento emocional en la relación padres-niño.

Sus objetivos específicos son: obtener un conocimiento mayor sobre los aspectos inconscientes que están influyendo negativamente en la relación, evitar la proyección de conflictos sobre el niño, modificar sus identificaciones, disminuir la ansiedad, favorecer defensas más adaptadas, establecer una relación integrada con el niño y reforzar sus partes sanas.

El objetivo fundamental de este tipo de encuadres no sería tanto la curación del conflicto del padre o la madre sino que se hagan conscientes del mismo y puedan evitar proyectarlo sobre el hijo, aunque esto suele conllevar, obviamente, una mejoría.

Una madre, cuya propia madre había sido muy abandonada proyectaba el conflicto en su hijo ciego, actuando con él como una madre sobreprotectora en extremo; parecía realizar así en el niño su propio deseo infantil de una madre omnipotente que da todo, perjudicando severamente la independencia del niño

tanto en un nivel conductual como en su propia organización psíquica.

En estos tratamientos se emplean técnicas interpretativas y en general son realizados por otro profesional diferente del terapeuta que se encarga del niño. Se trata fundamentalmente del grupo terapéutico o psicoterapia para uno o ambos padres.

Los criterios que tenemos en cuenta para indicar un encuadre psicoterapéutico son:

- La problemática psíquica del padre / madre interfiere seriamente en la relación con el niño y por tanto en su desarrollo.
- La patología paterna es de grado leve o moderado y abordable con este tipo de técnicas.
- Después de un tiempo se muestran insuficientes los encuadres de tipo general, lo cual se manifiesta porque el niño empieza a desarrollar conductas de las consideradas de alarma, se retrasan conductas en el niño para las cuales estaría capacitado, los padres detectan dificultades importantes para ayudar al niño en algún área o momento del desarrollo o solicitan explícitamente la ayuda por sufrimiento psicológico o por la aparición de síntomas concretos.
- Ha transcurrido algún tiempo desde el conocimiento del diagnóstico.

Según nuestros datos, un 25-30% de los padres precisarían en algún momento una ayuda psicoterapéutica, además de los encuadres habituales, en el período que cubre la atención temprana. De ellos, la mayor parte obtiene un beneficio que se refleja en la relación con el hijo o en la evolución de éste. Pero debemos tener presente que hay un número de padres en el que, por diversas causas, las modificaciones son escasas o nulas, o no aceptan esta ayuda o no se ve indicada para ellos.

Algunas personas no pueden dar un significado emocional a sus comportamientos; las emociones están escindidas y no se puede dar respuesta en relación con los sentimientos. En estos casos la prevención y el desvelamiento de los motivos inconscientes que pueden estar dando lugar a una desviación del desarrollo se hace extremadamente difícil y nuestra tarea no puede ir más allá de un acompañamiento y dar las orientaciones que en cada caso resulten más oportunas. Aún sabiendo que no estamos abordando las cuestiones que probablemente estén ocasionando el conflicto.

En otros casos las defensas son tan rígidas o la patología es tan grave que ahondar en conflictos psíquicos, al menos desde el marco de un servicio de atención temprana, podría desestructurar más el frágil equilibrio del sujeto.

— *Los profesionales de la atención temprana*

Por último, quisiéramos hacer un breve comentario sobre el papel del

profesional en el trabajo con padres en atención temprana.

Como dijimos en la introducción y como esperamos que hayamos podido transmitir a lo largo del libro, los profesionales que trabajamos con población infantil, y particularmente los que trabajamos con población infantil con alguna discapacidad, debemos estar atentos al mundo latente que está teniendo lugar en las personas significativas que rodean al bebé.

El manejo de esta problemática no resulta fácil y requiere una formación específica y una infraestructura adecuada.

Nuestra tarea rebasa el ámbito de lo educativo y sus métodos, de la misma forma que el concepto de «crianza», que es la tarea que llevan a cabo los padres, rebasa también ese ámbito.

El modelo de atención temprana propuesto tendría una doble vertiente: la preventiva y la habilitadora, la psicopedagógica y la psicoterapéutica, y requiere acordar un perfil profesional que nos permita dar respuesta a las particulares circunstancias que afectan a este colectivo.

Obviamente no es éste el espacio idóneo para el debate que ello supondría. Pero al menos querríamos decir que los profesionales de la atención temprana a niños con déficit visual deberían tener una formación que incluya una titulación universitaria, relacionada con los ámbitos de la psiquiatría, la psicología o la educación y conocimientos en algunas áreas específicas como el desarrollo evolutivo general y específico de los niños deficientes visuales, el desarrollo emocional y estructuración del psiquismo, la intervención familiar, las características básicas de los principales déficits visuales y técnicas de estimulación.

Pero además de estos requisitos de formación, el terapeuta de atención temprana debe reunir algunas características personales, que no suelen hacerse constar en el curriculum estándar y que, sin embargo, son de importancia vital en el éxito de los programas de atención temprana. Entre ellas podemos mencionar: capacidad de observación y escucha, de análisis e interpretación del significado y la motivación de las conductas manifiestas, capacidad de tolerancia y contención de emociones, capacidad de empatizar y comprender las distintas posiciones de los integrantes del grupo familiar, capacidad para reconocer y analizar las propias emociones, capacidad para tolerar las limitaciones propias, poder pedir ayuda y trabajar en equipo, para soportar situaciones sin respuesta, o sin respuesta inmediata, sin sufrir daño en su narcisismo, capacidad de espera controlando las intervenciones yatrogénicas como las conductas evitativas, las actuaciones compulsivas, etc.

Sabemos que este perfil es más que exigente y que estas capacidades no se tienen en términos absolutos. Es lógicamente un continuo y también continuamente se modifican y se ven condicionadas por aspectos intrapsíquicos, situaciones intersubjetivas o circunstancias ambientales o por la interacción de todas ellas.

En cualquier caso realizar una intervención familiar adecuada en situaciones traumáticas y en unos períodos de tiempo que van a tener mucha trascendencia para la vida del niño no resulta fácil y requiere, en nuestra opinión, de la posibilidad de disponer de un espacio de reflexión común para los integrantes del equipo, donde puedan ser supervisados los casos clínicos por profesionales cualificados.

Cruzar el puente

El ser humano sólo puede construirse en el contexto de una relación. Ningún bebé puede alcanzar el estatus de persona, si no es investido, pensado, respondido... por una figura «de cuidados».

El desarrollo del psiquismo resulta ser un proceso bien complejo, en el que confluyen múltiples variables, variables que no influyen independientemente y de forma unidireccional, sino que interactúan entre sí.

El nacimiento de un hijo con una deficiencia visual grave provoca en los padres intensas movilizaciones. Sin restar importancia a lo traumático de este hecho, la deficiencia es vivida por cada madre, por cada padre, de forma diferente según su propia historia personal. La discapacidad del niño, por rotunda que sea, es pensada por otro que la recibe y le otorga un significado particular. Es precisamente ese significado particular que cada persona atribuye a la deficiencia lo que constituye el margen que permite a unos padres tolerar mejor la situación traumática y encontrar una solución más adaptativa.

No es posible establecer una frontera entre lo normal y lo patológico. Se trata más bien de un continuo en el que los límites no están claramente definidos. Si hubiera que establecer las condiciones o circunstancias que hacen posible que algunos padres consigan alcanzar una actitud que permita al niño crecer y desarrollarse armónicamente tendríamos que aludir a diversos rasgos de su personalidad, a las motivaciones que les llevaron a tener ese hijo, a las expectativas que sobre él se forjaron, a la red de apoyo social en la que se ubica la pareja, a las circunstancias más o menos traumáticas que rodean el nacimiento y el diagnóstico del déficit... Pero probablemente, entre todas estas condiciones, tenga particular relevancia la capacidad de los padres, o al menos de la persona que vaya a realizar la función de figura de cuidados, para establecer relaciones objétales, y soportar heridas narcisistas sin que ello suponga su desmoronamiento psíquico.

En todo caso a lo largo de nuestro trabajo con niños deficientes visuales y sus familias hemos constatado como «a pesar de los pesares» muchos padres, tras un tiempo de elaboración del correspondiente duelo, establecen con su hijo una relación suficientemente buena, que permite la constitución del yo del niño y el desarrollo de su funcionamiento mental. Pueden percibir sus señales, interpretarlas y responderle contingentemente. Pueden ver en su hijo un niño, con deseos propios y atribuir a sus conductas intencionalidad. Son capaces de tolerar su handicap, su frustración ante los sucesivos intentos de autonomía y su dolor ante algunos fracasos, y así, apoyarle en el, a veces doloroso pero

ineludible, camino hacia la independencia. Pueden ver en su hijo aspectos amables y amarle, descubrir en él aspectos valiosos y valorarle. En definitiva, pueden identificarse y establecer con él puentes invisibles.

[Volver al Índice / Inicio del Capitulo](#)

Bibliografía

ACTAS DEL CONGRESO ESTATAL SOBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS CIEGAS Y DEFICIENTES VISUALES (1994). Área de Educación. Madrid: ONCE.

BEN SOUSSAN, R.(1999). Le bébé imaginaire. Ed. Érès. Toulouse.

BLEGER, J. (1960). Estudios de la dependencia-independencia en su relación con el proceso de proyección-introyección. Rev. De Psicoanálisis Argentina. 17, 4.

BLEICHMAR, E. D.(2000). Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: Metodología de la psicoterapia de la relación padres hijos desde el enfoque modular-transformacional». Aperturas Psicoanalíticas. Madrid.

BRAZELTON, T. B. (1979) Behavioral competence of the neonate. Seminars in Perinatology, 3, 35-44.

BRAZELTON, T. B. y TRONICK, E. (1978). The infants response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. Jour. of child Psychiatry, 17,1-13.

BRAZELTON, T.B. y CRAMER B.G. (1.993) La relación más temprana. Barcelona: Paidós.

BIGELOW, A. (1987). Early words of blind children. Journal of child language, 14 (febrero), 47-56.

BION,W.R.(1966) Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós.

BOWLBY, J. (1976). El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós.

BRAMBRING, M. (1999). «Lessons with a child who is blind: development and early intervention in the first years of life. USA: Blind Children's Fund.

BREGAN I, P (1981). Blind children: prevention of emotional disturbances by early intervention with parent and child. Courier, 31 (256-262).

BUENO, M.; TORO, S. y otros (1994). Deficiencia Visual. Aspectos psicoevolutivos y educativos. Málaga: Aljibe.

BURLINGHAM, D. (1972).Psychoanalytic studies of the sighted and the blind. U. Press. N. York.

BURLINGHAM, D. (1997). Problemas especiales de niños ciegos. El Perfil del bebé ciego. Una Antología del Estudio Psicoanalítico del niño. Eissler, R.; Freud, A. y otros. New Heaven and London Yale University Press.

CANTAVELLA, F; LEONHARDT, M.; ESTEBAN, M.A.; LÓPEZ, C. y FERRET,

T. (1992). Introducción al estudio de las estereotipias en los niños ciegos. Barcelona: Masson-ONCE.

CENTRO PARA NIÑOS CIEGOS. Muévete conmigo: guía para los padres sobre el desarrollo de movimientos del bebé impedido de la vista. Los Ángeles (California): Blind Childrens Center.

CICCONI, A. y otros (1997). Naissance et développement de la vie psychique. Ed. Érès. Toulouse.

CONFERENCIA EUROPEA SOBRE EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS DEFICIENTES VISUALES (1995). Ponencias sobre Atención Temprana. ICEVI, Budapest.

CORIAT, L. (1974). Maduración psicomotriz en el primer año del niño. Buenos Aires (Argentina): Hemisur.

COROMINAS, R. y SANZ, M. J. (1995) El minusválido físico y su entorno. Reflexiones psicoanalíticas. Paidós. Barcelona.

CRAMER, B. (1999). Que deviendront nos bébés? Ed. Odile Jacob. Paris.

CRAMER, B. (1990). De profesión bebé. Madrid: Urano.

CRAMER, B. y PALACIO-ESPASA, F. (1993). La technique des psychothérapies mère-bébé: études cliniques et théoriques. P.U.F. Paris.

CYRULNIK, B. (2001). La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia. Ed. Granica. Barcelona.

Equipo C.RE.D.S. (1989). Recopilación de ponencias de las VI Jornadas Internacionales «Entender al bebé hoy». Barcelona: Fundación Caja de Pensiones.

FONAGY, P (1999). Persistencias transgeneracionales. Rev. Aperturas Psicoanalíticas, n° 3.

FRAIBERG, S. (1990). Niños ciegos: la deficiencia visual y el desarrollo inicial de la personalidad. Colección Rehabilitación. Madrid: INSERSO.

FRAIBERG, S. (1974). The clinical dimension of body games. Journal of child psychiatry, 13 (2), 315-334.

FRAIBERG, S. y ADELSON, E. (1987). Self representation in language and play. Observations of blind children. Psychoanalytic Quarterly, 42. London: Souvenir Press, 539-561.

FREEDMAN, D. (1971). The sensory deprivations. An approach to the study of emergence of affects for objects relations. Bulletin of the Menninger Clinic. Vol. 143(1).

FREEMAN, R. (1989). Blind children's early emotional development: do we know enough to help? *Child care, health and development*, 15, 3-28.

FREEMAN, R (1999). El bebé sordociego: un programa de atención temprana. Madrid: ONCE.

FREUD, S . (1980) Obras Completas . Amorrortu. B. Aires:

—1913: Tótem y Tabú.

—1919: Ensayos de Psicoanálisis aplicado.

GARCÍA-TREVIJANO, C. (1994). El niño ciego con déficits asociados: un enfoque dinámico. Actas del I congreso estatal sobre prestación de servicios para personas ciegas y deficientes visuales III. Área Educación. Madrid: ONCE, 324-328.

GEISSMANN, C. et HOUZEL, D. (Diretc.) (2000). L'enfant, ses parents et le psychalyste. Ed. Bayard. Paris.

GOLSE, B. y otros (1987). El desarrollo afectivo e intelectual del niño. Masson, S.A. Barcelona.

GOLSE, B., STERN, D. y otros (1997). Naissance et développement de la vie psychique. Ed. Érès. Toulouse.

GOLSE, B. (1998). Les bébés á risque autistique.(Dir: R Delion). Ed. Érès. Toulouse.

GUINEA, C. y LEONHARDT, M. (1981). ¡Miradme! Texto para la educación precoz del niño ciego. Barcelona: Caixa de Pensiones.

GRUPO ATENCIÓN TEMPRANA (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

GURALNICK, M. y BENNET, F. (1989). Eficacia de una intervención precoz en niños minusválidos y en situación de riesgo. Col. Rehabilitación. INSERSO. Madrid.

HOUZEL, D. (2000). Devenir parents.(En: L'enfant, ses parents et le psychanalyste.) París : Bayard.

JERUSALINSKY, A. y otros. (1998). Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil. Buenos Aires: Nueva visión.

JOHNSON, N.M.; JENS K.G.; ATTERMEIER, S.M. y HACKER, B.J. (1991). Currículo Carolina. Evaluación y ejercicios para bebés y niños pequeños con necesidades especiales. Madrid: TEA.

KEKELIS, L.S. y CHERNUS-MANSFIELD, N. Habíame: una guía de lenguaje para padres de niños ciegos. Los Ángeles, California: Blind Childrens Center.

KEKELIS, L.S. ; CHERNUS-MANSFIELD, N. y HAYASHI, D. Habíame II: preocupaciones comunes. Los Angeles, California: Blind Childrens Center.

KORF-SAUSSE, S. (1997). L'enfant handicapé. Un étude psychanalytique. Psychiatrie de l'enfant, XL, 2, 297-341.

KORF-SAUSSE, S. y otros (1997). Naître différent. Ed. Érés. Toulouse.

LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J.B.(1971).Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor. Barcelona.

LEONHARDT, M. (1992). El bebé ciego: primera atención, un enfoque psicopedagógico. Barcelona: Masson-ONCE.

LEONHARDT, M. (1992). Escala Leonhardt. Escala de desarrollo de niños ciegos de 0 a 2 años. Madrid: ONCE.

LEONHARDT, M., CANTAVELLA, F; TARRAGO, R.; TREVARTHEN, C. y SIGUÁN, M. (1999). Iniciación del lenguaje en niños ciegos. Un enfoque preventivo. Madrid: ONCE.

LEBOVICI, S. (1.988). El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces. Buenos Aires. Amorrortu.

LUCERGA, R. y SANZ, M.J. (1994). «El desarrollo emocional del niño ciego, conductas adaptadas y señales de alarma». Actas del I congreso estatal sobre prestación de servicios para personas ciegas y deficientes visuales III. Área Educación, 314-320. Madrid: ONCE.

LUCERGA, R.; SANZ, M.J.; RODRÍGUEZ-PORRERO, C. y ESCUDERO, M. (1992). Juego simbólico y deficiencia visual. Madrid: ONCE.

LUCERGA, R. (1993). Palmo a palmo: la motricidad fina y la conducta adaptativa a los objetos en los niños ciegos. Madrid: ONCE.

MAHLER, M. (1977). El nacimiento psicológico del infante humano. Buenos Aires: Marymar.

MANZANO, J. (1997). Le développement psychosocial de l'enfant aveugle et ses troubles. Annales Médico - Psychologiques, 155, n° 4, 249-253.

MARRONE, MARIO (2001) La teoría del apego, un enfoque actual. Ed. Psimática.

MASSIE, H. y ROSENTHAL, J. (1986). Las psicosis infantiles en los primeros cuatro años de vida. Paidós. B. Aires.

MAXFIELD, K.E.; BUCCHOLZ, S. (1957). Escala de Madurez Social para niños ciegos de edad preescolar: guía para su uso. Título original: A social maturity scale for blind preschool children, (trad. Susana Crespo, 1985). Córdoba (Argentina): ICEVH.41.

MAZET, P. y STOLERU, S.(1990). Manual de psicopatología de la primera infancia. Madrid: Masson.

McCARTHY. (1977). Escala de aptitudes y psicomotricidad para niños. Madrid: TEA.

McGUIRE, L.L. y MEYERS, L.E. (1971). Early Personality in the congenitally blind child. New Outlook for the blind, mayo, 137-143.

MILLS, A. (1983). Language acquisition in the blind child normal and deficient. San Diego, California: College Hill Press.

MONTERO, L. (1999). La aventura de crecer: claves para un saludable desarrollo de la personalidad de tu hijo. Madrid: Temas de hoy.

MORAES, M. (1997). Deficiencia visual. Sao Paulo: Laramara.

NÁJERA, H.; COLONNA, A. (1965). Aspects on the contribution of sight to ego and drive development. A comparison of the development of some blind and sighted children. An Anthology of Psychoanalytic Assesment.

OLSON, M. R. (1989). Intervención precoz en niños con deficiencias visuales. En M.J. Guralnick y F.C. Bennett (eds.) Eficacia de una intervención precoz en niños minusválidos y en situación de riesgo. Madrid: INSERSO.

PÉREZ PEREIRA M. et al. (1998) «Desarrollo del Lenguaje y Cognición», Ediciones Pirámide.

PÉREZ PEREIRA M. El Desarrollo psicológico de los niños ciegos en la primera infancia. Barcelona: Paidós.

PÉREZ SÁNCHEZ, M. (1998). Método de observación Bick: a la búsqueda de herramientas para el psicoanálisis. Valencia: Promolibro.

POGRUND, R.L. FAZZI D. y LAMPERT, J. (1992). Early Focus: working with young blind and visually impaired children and their families. New York: American Foundation for the Blind.

RAFFY, A. (2000). Les psychalystes et le développement de l'enfant. Ed. Érès. Toulouse. REYNELL, J. y ZINKIN, P (1979). Escala Reynell-Zinkin. Escala de desarrollo para niños deficientes visuales. Madrid: MEPSA.

ROGERS, S. y PUCHALSKI, C. (1984). Development of symbolic play in visually impaired young children. Topics in early childhood special education, enero, 57-63.

ROGERS, S. y PUCHALSKI, C. (1984). Social characteristics of visually impaired infants play. *Topics in early childhood special education*, enero, 52-56.

ROWLAND, C. M. (1984). Preverbal communication of blind infants and their mothers. *Journal of Visual Impairment and blindness*. Vol. 78, n° 7, 297-302

SANZ, M.J. (1994). El trabajo con los padres de niños ciegos y de baja visión en Atención Temprana. *Actas del I congreso estatal sobre prestación de servicios para personas ciegas y deficientes visuales III*. Área de Educación, 376-379. Madrid: ONCE.

SINASON, V. (1998). *Comprendiendo a tu hijo discapacitado*. Colección Clínica Tavistock (dirigida por Osborne, E.). Barcelona, Paidós.

SAUSSE, S. (1996). *Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa familia et le psychanaliste*. Ed. Calman Lévy. Paris.

STERN, D. (1981). *La primera relación madre -hijo*. Madrid: Morata.

STERN, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Barcelona: Paidós.

STERN, D. (1998). *La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

TAIT, P. (1970). *An exploratory study of the play behavior of young blind children*. Doctoral Dissertation. Ohio State University.

TAIT, R (1972). The implications of play as it relates to the emotional development of the blind child. *Education of the Visually Handicapped*, 4 (2), 52-54.

TALLIS, J. ; TALLIS, G.; ECHEVERRÍA H. y FIONDELLA, A. (1995). *Estimulación Temprana e intervención oportuna*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

THOMAS, A. y CHESS, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner-Mazel.

URWIN, C. (1981). Early language development in blind children. *DECP Occasional Papers S. 1* (pp. 78-93). British Psychological Society,

VARIOS (1974). *El niño ciego que funciona a nivel retardado*. Cordoba: Argentina: American Foundation for Overseas Blind.

VARIOS (1996). *Children with visual impairments. A parent's guide*. Edited by M. Cay Holbrook, Ph. D. Published by Woodbine house. U.S.A.: American Foundation for the Blind.

VARIOS (1996). *Early years (A series)*. Royal National Institute for the blind.

U.S.A.: American Foundation for the Blind.

VARIOS (2000). Atención Temprana a niños con Ceguera o Deficiencia Visual. Madrid: ONCE.

VARIOS (2000). La intervención en los primeros años de vida del niño ciego y de baja visión. Madrid. ONCE.

WARREN, D.H. (1984). Blindness and early childhood development. New York: American Foundation for the Blind.

WARREN, D. H. (1994). Blindness and children. An individual differences approach. Cambridge Univ. Press.

WILLIAMS, G. Y otros (1999). L'observation du nourrisson et ses applications. Toulouse: Érés.

WILLIAMS, M. (1956). Test de inteligencia Williams para niños ciegos o con defectos de visión. University of Birmingham.

WILLS, D. (1979). The ordinary devoted mother and her blind baby. Psychoanalytic Study of the Child, 34, 32-49.

WILLS, D. (1970). Vulnerable periods in the early development of blind children. Psychoanalytic Study of the Child, 25, 461-480.

WINNICOTT, D. W. (1999). Conozca a su niño: psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia (Guías para padres). Barcelona: Paidós.

WINNICOTT, D. W. (1993). Los bebés y sus madres: el primer diálogo. Barcelona: Paidós.

WINNICOTT. D. W. (1980). La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Hormé.

[Volver al Índice / Inicio de la Bibliografía](#)

Puentes invisibles alude a los vínculos que un bebé sin visión y sus padres establecen y a su carácter, en muchos sentidos, invisible. Esta obra estudia el desarrollo emocional de los niños con discapacidad visual grave y su importancia como motor del desarrollo general, como fundamento de la constitución del ser humano, como integrador de la persona en todas las dimensiones de su crecimiento.

En el libro se describen las características que la privación visual imprime a las primeras relaciones; se analizan las conductas adaptativas y las indicadores de posibles alteraciones, que se presentan agrupadas en los sucesivos períodos del desarrollo infantil; y se reflexiona sobre los procesos psíquicos que los padres atraviesan durante los primeros años de la vida del niño.

Con ello se pretende facilitar a otros profesionales claves para la comprensión de los niños ciegos y sus familias, desde un modelo de trabajo que presta especial atención a los movimientos emocionales que tienen lugar en los escenarios intrapsíquicos e intersubjetivos del bebé y sus padres.

Desde que, a principios de los ochenta, las autoras comenzaron su experiencia en este ámbito, sus aportaciones han sido encaminadas al desarrollo de un modelo de Atención Temprana basado en la maximización de las capacidades del niño sin visión, y en la prevención de alteraciones del desarrollo que se suman innecesariamente al propio déficit. Puentes invisibles significa, en este camino, la consolidación y fundamentación teórica de este modelo

Puentes invisibles alude a los vínculos que un bebé sin visión y sus padres establecen y a su carácter, en muchos sentidos, invisible. Esta obra estudia el desarrollo emocional de los niños con discapacidad visual grave y su importancia como motor del desarrollo general, como fundamento de la constitución del ser humano, como integrador de la persona en todas las dimensiones de su crecimiento.

En el libro se describen las características que la privación visual imprime a las primeras relaciones; se analizan las conductas adaptativas y las indicadoras de posibles alteraciones, que se presentan agrupadas en los sucesivos períodos del desarrollo infantil; y se reflexiona sobre los procesos psíquicos que los padres atraviesan durante los primeros años de la vida del niño.

Con ello se pretende facilitar a otros profesionales claves para la comprensión de los niños ciegos y sus familias, desde un modelo de trabajo que presta especial atención a los movimientos emocionales que tienen lugar en los escenarios intrapsíquicos e intersubjetivos del bebé y sus padres.

Desde que, a principios de los ochenta, las autoras comenzaron su experiencia en este ámbito, sus aportaciones han ido encaminadas al desarrollo de un modelo de Atención Temprana basado en la maximización de las capacidades del niño sin visión, y en la prevención de alteraciones del desarrollo que se suman innecesariamente al propio déficit. Puentes Invisibles significa, en este camino, la consolidación y fundamentación teórica de este modelo.