

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

# **La posibilidad del bien-decir en la dirección de la cura. Determinación de coeficiente intelectual.**

Antequera, Mariela Mercedes, D' Amato, Claudio Hernán y Dabini, Marta Carmen.

Cita:

Antequera, Mariela Mercedes, D' Amato, Claudio Hernán y Dabini, Marta Carmen (2011). *La posibilidad del bien-decir en la dirección de la cura. Determinación de coeficiente intelectual. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/277>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/Yk6>

# LA POSIBILIDAD DEL BIEN-DECIR EN LA DIRECCIÓN DE LA CURA. DETERMINACIÓN DE COEFICIENTE INTELECTUAL

Antequera, Mariela Mercedes; D' Amato, Claudio Hernán; Dabini, Marta Carmen  
Hospital Nacional Profesor Doctor Alejandro Posadas. Argentina

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Desde el Seminario V de Jacques Lacan y reconociendo la inteligencia como una cuestión de atrapamiento, se acercan modos de determinación de C.I. para prevención y tratamiento. **OBJETIVOS:** Determinar procesos de evaluación psicológica. Explicitar el motivo de consulta e indagar la demanda del tratamiento. Discriminar las causas para considerar al paciente como protagonista. **MATERIAL Y MÉTODO:** Anamnesis. Paciente de 17 años, sexo masculino. Se realiza la administración de Técnicas Psicológicas para determinar Coeficiente Intelectual (C.I.). Derivado por Medicina Legal para otorgar Pensión por Discapacidad. Análisis de cada técnica. **RESULTADOS:** Se realiza informe psicológico integrador: Inteligencia liminar. 310 OMS. Nivel de deterioro cognitivo leve. A través del análisis del discurso, se conforma una demanda de tratamiento que estructura la posibilidad de realizar psicoterapia individual y grupal para encausar su deseo. **CONCLUSIONES:** Si automáticamente se otorga la discapacidad al paciente se establece una marca diagnóstica imborrable y se cierra el camino para una prevención y tratamiento adecuados. El abordaje integral del paciente a través del discurso psicoanalítico ha generado un nuevo espacio donde el sujeto aloje su deseo.

## Palabras clave

Inteligencia atrapada Prevención Psicoterapia

## ABSTRACT

THE POSSIBILITY OF GOOD-TO SAY IN THE DIRECTION OF CURE. DETERMINATION INTELECTUAL QUOTATION

**INTRODUCTION:** Since Jacques Lacan's Seminar V in consideration off trapped intelligence, emerge modes of determination of Intelectual Quotation (IQ) are approached for prevention and treatment. **OBJECTIVES:** Determine psychological evaluation processes. Specify the reason for consultation and investigate the demand of the treatment. Discriminate the causes to consider the patient as protagonist. **MATERIAL AND METHOD:** Anamnesis. Male patient aged 17. Administration of Psychological Techniques to determine I.Q. Derived by Legal Medicine to grant Disability Pension. Analysis of each technique. **RESULTS:** Integrating psychological report is done: liminary intelligence. 310 W.H.O. (Word Health Organization). Light level of cognitive impairment. A treatment demand is formed which structures the possibility of individual and group psychotherapy to channel their desire. **CONCLUSIONS:** If automatically granted the disability to the patient, it is established with

indelible brand diagnostic and closes the way for prevention and appropriate treatment. The comprehensive approach of the patient though the psychoanalytic discourse has generated a new space where the subject hosts his desire.

## Key words

Trapped intelligence Prevention Psychotherapy

## INTRODUCCIÓN:

Según lo expresado por Lacan en el Seminario V, “*la posición del padre en el Orden Simbólico*” ocupa el lugar del objeto imaginario para satisfacer el Deseo de la Madre.

En el análisis, la catarsis se realiza por la “*asociación libre*” donde se indica al paciente que exprese todo lo que está pensando y sintiendo, dado que la interpretación apunta a modificar el vínculo entre sujeto y objeto, para permitir al que hable poner distancia y razón a su sufrimiento sin razón. Pero se trata también de lo Ético, que significa separarse de la eliminación del suceso que suele ser lo que inicia la consulta, entrando en el dicho, para avanzar desde allí al decir que se refiere a la posición que ocupa el que enuncia, con relación al enunciado y poder pasar de Ser Paciente a Ser Sujeto. El agujero que el deseo instala, genera que el neurótico quiera ser reconocido como sujeto por el otro.

La determinación del CI (Coeficiente Intelectual) se realiza a través de un proceso de evaluación psicológica, en el que, además de la entrevista, se incluyen técnicas psicométricas (Test de Bender, Minimental), y proyectivas (Dibujo Libre, HTP), administradas en diferentes encuentros. El análisis de convergencias y divergencias de los datos que arrojan estas evaluaciones permiten determinar no solamente un CI sino también indicadores emocionales como organicidad y/o agresividad-impulsividad. Esto permite que el psicodiagnóstico funcione como llave de prevención para la Dirección de la Cura que comenzará de este modo.

Dicha evaluación se realizó en el Servicio de Adolescencia del Hospital Posadas, a partir de una derivación proveniente de Medicina Legal, en la que se solicita determinación del C. I. del paciente para una demanda de pensión por discapacidad, donde la “verdadera” historia y/o sintomatología aparecen veladas detrás de pedido de pensión que, además puede funcionar como “beca” para los padres o tutores.

En el adolescente, surgen “identidades” que se dan frente a situaciones nuevas, tal como los conflictos es-

colares, así se solicitan C.I. que conlleva a que se adopten identidades como defensa ante lo novedoso. “*La situación cambiante que significa la adolescencia obliga a reestructuraciones permanentes externas e internas que son vividas como intrusiones dentro del equilibrio logrado en la infancia*”. (Aberastury, A. y Knobel, M. 1988)

Con respecto a los padres, se les despiertan ansiedades por la genitalidad y el desprendimiento real de los hijos y en ellos también surgen ansiedades propias de esta etapa vital. Tanto en padres e hijos, pueden aparecer celos. Es por estas dos situaciones que es posible relacionarlo con la ambivalencia dual que genera este momento de transición, por las ansiedades características que portan tanto unos como otros y el adolescente “quedó obligado a mantener la bisexualidad como defensa ante el incesto”. Aunque la bisexualidad, como una manifestación típica suele darse transitoriamente en la adolescencia. La “metamorfosis que implica la adolescencia”, oscila entre una postura infantil y endogámica y otra más madura en preparación para una salida exogámica. (Dolto, F. y Dolto-Tolitch C., 1992)

La mayoría de los jóvenes no saben para qué vienen a la consulta, se trata de hacer explícito el motivo de consulta, indagando si hay demanda de tratamiento porque en demasiados casos, traen consigo una “etiqueta” que los identifica, que les es puesta por otros y de la cual se apropián, limitando así las posibilidades de cambio. Entre ellas, las más habituales tienen que ver con causas orgánicas, como epilepsia o meningitis en los primeros años de vida, las que si bien muchas veces dejan secuelas, no implican que quien lo padeció no pueda, aprender, trabajar, etc.

El lugar de los padres es fundamental en la estructura del hijo y en los tiempos lógicos y cronológicos de ese sujeto (Lacan J., 1945). A través de la experiencia, se puede observar que muchos de los pacientes que llegan a consulta, presentan un desajuste entre esos dos tiempos, sumidos muchas veces bajo la etiqueta de un “retraso”. Lograr una sincronía entre tiempos lógicos y cronológicos del sujeto, así como lograr escuchar al sujeto más allá de la etiqueta que se presenta en lo real, es uno de los objetivos del tratamiento.

Para el ser humano la existencia no es igual a la vida. Por ese motivo, se puede existir como sujeto y tener un lugar en la familia antes de haber nacido, lo mismo que se puede no-existir aún habiendo nacido, pues el alojamiento previo es condición para que el nacimiento sea posible. Gracias a esta anticipación es que el bebé se presenta antes de estar realmente conformado, brindando en la imaginación un cuerpo separado del propio cuerpo de la madre, que puede hablar con él, sin esperar que responda. Esta función de anticipación materna, será esencial para el sostén narcisístico que le brinda al sujeto un lugar anudado y un tiempo de bivalencia de ser o no ser el falo.

La existencia de un ser humano se presenta dependiente a las vicisitudes del deseo de otro ser humano. Esta dependencia se renueva en la adolescencia, donde uno

de los principales logros será el desasimiento de la autoridad de los padres. Como expresa Freud en *Metamorfosis de la Pubertad*, “se consuma uno de los logros psíquicos más importantes, pero también más dolorosos, ese período: el desasimiento respecto de la autoridad de los progenitores, el único que crea la oposición tan importante para el progreso de la cultura, entre la nueva generación y la antigua. Un número de individuos queda retrasado en cada una de las estaciones de esta vía de desarrollo que todos deben recorrer.”

Hay padres que llegan enviados por la escuela, el juzgado, etc. Estas instituciones actúan como un tercero que registra el goce que no causa el malestar en los padres, motivo por el cual no demandan tratamiento y no se hubieran acercado nunca al analista. Lo único que les interesa es el certificado discapacitante para poder cobrar, en dinero, la ignorancia de su hijo. Es este tercero quien le pone voz a lo silenciado. De este modo, los padres en las entrevistas familiares, suelen presentarse molestos ante la interrupción de su propio goce situando claramente al hijo como objeto de ese goce.

En el otro extremo, se encuentran los padres que se preguntan por el síntoma de su hijo, suponiendo un saber al analista ante lo sintomático de ese niño/adolescente, estos últimos padres son los que se presentan más disponibles al proceso psicoanalítico. Suelen acompañar el tratamiento y buscar diferentes alternativas de inserción para el hijo, como integraciones escolares, escuelas especiales o talleres laborales. Allí el hijo se ubica como objeto de deseo.

Si se logra situar al niño como objeto de amor, como objeto de goce y como objeto de deseo, anudando y enlazando estos tres elementos, ninguno alcanzará su plenitud y al mismo tiempo encontrará un límite en los otros dos. Al encontrar este límite y en consecuencia la incompletud, el niño no obturará ni el amor, ni el goce ni el deseo, ni colmará la expectativa amorosa de los padres, lo que le permitirá construir un discurso propio.

## OBJETIVOS:

Determinar procesos de evaluación psicológica. Explícitar el motivo de consulta e indagar la demanda del tratamiento. Discriminar las causas para considerar al paciente como protagonista.

En las determinaciones de C.I. se observa siempre algo del orden de la dificultad dice J. Lacan en el “Seminario X, La Angustia”. La inhibición en su dimensión de dificultad, no en relación a lo motriz sino que no permite hacer, un impedimento, donde la posibilidad puede estar pero surge la dificultad. A veces, lo que aparece es una fuerte inhibición, tanto en el plano conductual como afectivo y emocional. Así como el síntoma es el retorno de lo reprimido, la inhibición implica una represión exitosa, en tanto se evita o disminuye el contacto con el objeto de pensamiento.

De esta manera, el paciente es considerado protagonista, sin perder la mirada en el contexto sociofamiliar, ofreciéndole un espacio de pertenencia como hecho delineado a partir de la salud y la prevención-promoción. Es im-

portante agregar que lo preventivo habilita una visión amplia del sujeto en la definición propuesta por el proceso salud-enfermedad que ya indica la O.M.S. al definir la salud como unidad bio-psico-social y ecológica incluyendo el contexto en el que vive el sujeto.

En casi todos los casos, lo que aquella etiqueta enmascara es la inteligencia detenida o transformada en diferentes niveles de desorganización, producto de un síntoma instalado en el momento de su desarrollo. Cuando la inteligencia está atrapada, el sujeto no posee palabras objetivantes ni dispone de recursos para la elaboración cognitiva.

En relación a por qué un sujeto no aprende, se señala la importancia de considerar los diferentes factores y situaciones que inciden en la relación de una persona con el conocimiento. En Psicoanálisis, el lugar de los padres se hace presente desde el momento en que S. Freud los ubica en la etiología misma de las neurosis. A lo largo de su obra se desprende el influjo de los padres en la estructura del sujeto. Siguiendo esta línea, Lacan se ocupó del sitio real que les corresponde a los padres en la producción de la estructura y la importancia que implica para el sujeto el haber sido deseado por esos padres. Desear no es lo mismo que querer. La expresión “deseo de los padres” toma dos sentidos: deseo de los padres dirigidos a un hijo y también entre ellos como hombre y mujer. De este modo la función del deseo no sólo releva a los padres de la función que la biología les otorga, sino que los coloca bajo otro punto de vista, el de una ley no natural, no regulada por el instinto sino, en todo caso, por la castración, condición de la economía deseante.

En la experiencia, se observan diferentes tipos de padres y de demandas. Pueden llegar sin consultar pero sí, demandando. Estos padres esperan que se “cure” al hijo que ha herido el narcisismo paterno o no se ajusta a lo esperado de él, sin que se los responsabilice absolutamente de nada de lo que incumbe a lo parental. En estos casos “se puede lograr, sí, el restablecimiento del hijo, pero tras la curación él emprende su propio camino más decididamente y los padres quedan más insatisfechos que antes” (Freud, 1920). Y no ubican al hijo como objeto de amor. Tal la situación de este adolescente que llega al servicio acompañado por su madre quien solicita una pensión por discapacidad, ya que sus padres no lo consideran capaz de seguir aprendiendo, motivo por el cual, toda inversión en cuanto a su educación les resulta sin sentido.

En el Servicio de Adolescencia se optó por trabajar un espacio de terapia individual para atender la demanda del paciente más allá de la de la madre, que era obtener una pensión. Se consideró oportuno articular este espacio con el de psicoterapia grupal y familiar, apuntando a lo social y a lo específico. Fue a partir de esta articulación y poder escuchar las historias de otros pares que comenzó a ponerle palabras a su propia historia en el espacio individual. Del mismo modo empieza a expresar sus ganas de ir al colegio y aprender. Fue a partir de la articulación de estos espacios que se lo habilitó

como sujeto deseante. Aún así, su madre no cesó en cuanto a la demanda para la pensión por discapacidad. Se incluye la historia clínica de un paciente con su desarrollo para incluir la forma de la toma y análisis de la batería de tests desde el punto de vista psicológico.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

### Determinación de C.I. Caso Clínico.

**a) Anamnesis: Datos del evaluado.** Han sido alterados para proteger la intimidad del paciente.

Apellido y nombre: Juan. Edad: 17 años. Domicilio: ---. Tel.: ---. DNI: ---. Nacionalidad: ---. Padres: ---. Vive con los padres, tiene un hermano de 10 años.

**b) Técnicas Administradas:** Bender, H.T.P., Dibujo Libre (D.L.), Minimental.

### c) ANÁLISIS DE CADA TÉCNICA

**1º Entrevista:** En principio, se cita al paciente solo. Se comienza con preguntas de rutina y otras que van surgiendo. Según el desempeño de cada sujeto, se utiliza más o menos tiempo antes de llamar a los padres. En este caso, el paciente se muestra retraído aunque responde preguntas y relata algunas cuestiones generales. Luego se realiza entrevista conjunta con su madre, quien corrobora los datos referentes al grado y colegio al que concurre su hijo. Manifiesta que tuvo un embarazo acorde a las semanas de gestación y nacimiento por parto normal. Comenta que J. tuvo meningitis a los 10 meses de vida y entrega informe de la Escuela a la que concurría hace cinco años.

**2º Entrevista:** Se comienza con una nueva y muy breve entrevista para administrar las técnicas. Continúa con conducta retraída aunque se observa mayor confianza en el terapeuta. Habla del padre, manifiesta que él lo lleva al colegio y vuelve solo en colectivo. Dice que no hablan mucho, pero se llevan “bien”. Habla de su hermano y de un primo de casi la misma edad de su hermano con el que juega mucho. Manifiesta que la madre trabaja casi todo el día y que él se queda cuidando a su hermano menor, hace las compras y cocina. Su padre también trabaja, pero menos horas que su madre. Conversa con gran interés del equipo de fútbol del que es hincha, dice: *“el domingo jugó contra Boca y perdió, pero no importa, al diablo (Independiente) lo banco”*. Refiere que juega al fútbol.

Luego, se le indica que dibuje lo que quiera.

**- Dibujo Libre (D.L.) Tiempo de duración: 15’.**

**Observaciones:** tarda en comenzar.

**Emplazamiento:** izquierdo superior.

**Contenido:** dibuja un “robot”. Repasa el dibujo sin escribirlo, lo hace lentamente. Agrega detalles. Hace una especie de laberinto o serpiente debajo. Repasa las figuras y sigue agregando detalles.

Refiere: “dibujé un dragón y un robot. Tiene espada y bumerang. El Dragón es rojo (dibuja con lápiz en blanco y negro).

**3º Entrevista: Bender: Tiempo: 8.40hs a 8.46hs. 6’.**

**Ánalisis General:**

**Secuencia:** lógica - horizontal (renglones). No hay orden confuso.

**Tamaño:** normal, tendiendo a pequeño.

**Presión:** fuerte. Remarca. Indicador emocional (podría indicar control de impulsividad o agresividad).

**Emplazamiento A:** Centro. Izquierda

**Ítems:**

1) 4. Distorsión de la forma.

5) 15. Modificación de la forma

6) 20. Perseveración

7) 21. Distorsión de la forma.

Son indicadores de lesión cerebral (4, 15, 20, 21), con control de impulsividad y/o agresividad.

**Ánalisis de cada lámina:**

A. Emplazamiento centro izquierda.

1. Cuenta los puntos y los señala con el dedo

2. Cuenta y sigue con el dedo la fila

3. Tamaño inferior al dibujo

4. Separación entre figuras. Curva abierta y remarcada.

5. Dibuja cuadrado para arriba y palo con red. Cada uno más rápido

6. Va contando cuidando que no se vaya de la curva

7. Omite ángulo inferior. Remarca

8. Separación entre rombo interior y la figura exterior. Remarca.

**Comentarios del paciente en entrevista posterior:** refiere dificultad en la realización de las últimas dos láminas. Son las que más remarcó.

**4º Entrevista: H.T.P. (H= House: Casa, T= Tree: Árbol, P= Person: Persona)**

**Casa:** Paredes, techo, puerta, ventanas. Algo rayado (ventana). Detalles de tejas. Refiere: "es mi casa", "la construyó mi papá", "antes vivíamos en lo de mi abuela", "me gusta, mi cuarto es la parte que más me gusta".

**Árbol:** Antes de comenzar refiere: "nunca me salieron (los árboles)". Dibuja y dice: "es un árbol que había en mi casa. Mi papá lo sacó porque manchaba todo".

**Persona:** Cabeza, tronco, brazo, mano, piernas. Completa cara y pelo.

Refiere: 15 años, "soy yo". "Le gusta jugar a la play"

**5º Entrevista: Minimental**

(Nuevamente la Psicoterapeuta le señala a F. que hable más alto)

**Puntaje: 25 puntos (sobre 30 pts). Nivel Cognitivo Normal.**

**6º Entrevista: Devolución.** Por cuestiones judiciales relativas a los pacientes menores de edad, esta entrevista se realiza en conjunto con alguno de los padres o responsables legales del joven. En este caso, concurre la madre. Se les informa que se ha concluido con el trabajo correspondiente al trámite que hicieran en el Servicio, para obtener la pensión por discapacidad.

Como forma de encuadre, se deja establecido al paciente y a su madre que, con ese trámite, ha terminado una etapa del tratamiento aunque no se les informan los resultados finales en cuanto a puntaje o número, ni tampoco conclusiones del C.I. Se les dice que será enviado el informe correspondiente al Servicio de Medicina Legal y allí les indicarán cómo seguir y culminar el trámite. A su vez, J. concurre al Gabinete Psicopedagógico del

Colegio.

En consonancia con esto y para diferenciar las etapas del Tratamiento, se afirma la indicación para el paciente de seguimiento psicológico individual y grupal en el Servicio de Adolescencia.

A partir de esto, comienza una nueva etapa en la Psicoterapia de J., incluyéndolo semanalmente (los sábados) en Psicoterapia de Grupos, de modalidad abierta, con jóvenes de su edad y el tratamiento psicoterapéutico individual correspondiente.

**d) Análisis y Conclusiones Intertécnicas: Determinación de C. I.**

Rendimiento inferior al término medio. Presencia de indicadores emocionales: escasa tolerancia a la frustración, retracción conductual, inhibición intelectual reactiva a lo psicológico, rasgos de agresividad relativos a mecanismos de defensa del yo. Distorsión de la forma. Perseveración. Ciertos indicadores de control de impulsividad. **C.I.: 68. Inteligencia Liminar.**

**e) Informe Psicológico Integrador**

Sujeto de 17 años, sexo masculino. Concurre inicialmente al Servicio de Adolescencia del Hospital Posadas, acompañado por su Madre, derivado del Servicio de Medicina Legal para tramitar Pensión por Discapacidad a partir de la Determinación del Coeficiente Intelectual (C.I.).

Al momento del examen, se lo observa lúcido, orientado globalmente en tiempo y espacio, sin conciencia de enfermedad ni de situación. Funciones mentales conservadas, algo lentificadas.

En la primera entrevista, el paciente se muestra bastante retraído y habla con voz muy baja. Refiere haber terminado 9º Grado EGB, con ayuda de las docentes e integración escolar. Actualmente concurre a Escuela Especial de Formación Laboral. Manifiesta buen vínculo con su padre y también con su madre.

En momentos sucesivos, adquiere confianza con el Psicoterapeuta. Refiere buen vínculo con su padre, madre y hermano. Refiere pasar más tiempo con su padre y hermano a quien cuida muchas veces.

Manifiesta mucho interés por el fútbol recordando resultados, la fecha actual de juego y las que continúan. Habla de "su" equipo, denomina a Independiente con conceptos como: "el diablo", "el rojo" e incluso dice que es su color preferido. Refiere practicar este deporte.

## RESULTADOS:

Se realiza entrevista conjunta con su madre, quien corrabora los datos referentes a su hijo, al que se le indica Tratamiento Psicológico en reiteradas entrevistas.

Al realizar la devolución en conjunto con la madre, refieren que J. concurre al Gabinete Psicopedagógico del Colegio. También ha comenzado Tratamiento Psicológico en el Servicio de Adolescencia, cuando empezaron a profundizarse cuestiones de la intimidad del paciente y luego de la entrevista de devolución continúa ese proceso. Se integra a Psicoterapia Grupal con jóvenes de su edad, logrando participar en la dinámica de grupos abiertos del servicio.

Para finalizar, el trabajo analítico se enmarca en un abordaje integral del sujeto y no en la mera aplicación de una batería de técnicas. La propuesta es justamente, la de escuchar e incluir la demanda de tratamiento en el paciente para lograr trabajar con su propio discurso y deseo.

En muchos casos, el participar de un grupo psicoterapéutico y disponer de un espacio de escucha, abren un panorama de oportunidades y posibilidades impensadas, justamente porque era un deseo que no tenía donde alojarse. Generar estos espacios es propiciar un lugar donde alojar habilitando al sujeto y su deseo. Este es el objetivo fundamental, con la evaluación cuantitativa que determine un CI.

**Diagnóstico: 310 (O.M.S.) Nivel de deterioro cognitivo leve.**

#### **CONCLUSIONES:**

Siempre la demanda contenida en el motivo de consulta ha de ser analizada e interpretada al igual que todo el discurso posterior del paciente. Por eso, tanto sea para la determinación de C.I. como en este caso, una solicitud para tramitar la pensión por discapacidad, una Cédula Judicial o un pedido de la escuela, es fundamental para el paciente que el analista escuche re-construyendo el discurso en juego, en beneficio de la verdad y la realidad psíquica que no se encuentran en lo manifiesto del lenguaje.

En cuanto a los adolescentes que, legalmente, están al arbitrio de sus padres o tutores, utilizar las entrevistas conjuntas con los padres y deslizarlas hacia la Salud Mental del sujeto que consulta, es una posibilidad básica del dispositivo psicoanalítico.

En este caso, abrir un espacio psicoterapéutico de escucha para esclarecer si la salida buscada es en verdad la que *capacita* para determinada racionalidad o *dis-capacita* emocional y subjetivamente para vivir.

Muchas veces la consulta para tramitar la pensión por *dis-capacidad*, comienza con la demanda de los padres, porque ese adolescente funciona como el emergente de una familia enferma y debe dejar de serlo para transferirse en un sujeto que, si bien siempre estará sujetado al deseo de sus padres, podrá liberarse en cuanto a la exogamia posible con sus pares.

En este caso no se otorga automáticamente la discapacidad al paciente porque si así se hiciere se establecerá una marca diagnóstica imborrable cerrando el camino para una prevención y tratamiento adecuados. El abordaje integral del paciente a través del discurso psicoanalítico se ha generado un nuevo espacio donde el sujeto aloje su deseo.

En este sentido, en el Servicio de Adolescencia del Hospital Posadas, cuando los jóvenes vienen para la determinación de C.I. y logran integrarse al tratamiento psicoterapéutico allí ofrecido, es sumamente importante trabajar con la pronta o tardía inclusión al Grupo Psicoterapéutico de todos los pacientes en tratamiento. El grupo de pares es fundamental en esta etapa vital de la vida y de ese agrupamiento puede surgir un espacio

que obre a favor de la Salud Mental. Entonces, es posible afirmar que se está haciendo mucho más que *dis-capacitar con la determinación del coeficiente intelectual*, reduciendo el diagnóstico a ser un dato más en un conjunto de resoluciones, porque sin otra concepción de la inteligencia, los automatismos numéricos son absolutamente iatrogénicos.

---

#### **BIBLIOGRAFÍA**

Aberastury Arminda y Knobel Mauricio (1988): "La adolescencia Normal". Cap. 2: "Síndrome Normal de la Adolescencia". Paidós: Argentina.

Aulagnier, Piera (1976): "La Violencia de la Interpretación". Capítulo 4. Edit. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.

Dolto, Francoise y Dolto-Tolitch, Catherine (1992): "Palabras para Adolescentes o El Complejo de la Langosta". Edit. Atlántida. Bs. As.

Freud, Sigmund (1920): "Más allá del principio del Placer". Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva Madrid. 1968.

Freud, Sigmund (1930): "El malestar en la cultura". Tomo III. Obras Completas. España: Nueva Madrid. 1968.

Freud, Sigmund (1968): "El final del Complejo de Edipo". Tomo II. Obras Completas. España: Nueva Madrid. 1968.

Lacan, Jacques (1938): "La familia". Editorial Argonauta, Biblioteca de Psicoanálisis. Argentina, 2003.

Lacan, Jacques (1945): "Los Tiempos Lógicos y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma". Lectura Estructurista de Freud. España. Siglo XXI Editores. 1971.

Lacan, Jacques (1954-55): El Seminario. Libro 2: "El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalista", Buenos Aires, Paidós, 2004.

Lacan, Jacques (1957-58): El Seminario. Libro 5: "Las formaciones del inconsciente", Buenos Aires, Paidós, 1999.

Lacan, Jacques (1962-63): El Seminario. Libro 10: "La Angustia", Buenos Aires, Paidós, 2005.

Lacan, Jacques (1960-64): "Posición del Inconsciente", en Escritos 2, México, Siglo XXI, 1975.

Roudinesco, Élisabeth (2003): "La Familia en Desorden". Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis. Edit. FCE. Buenos Aires.