

Becerra Gordo, Mercedes
Benaym, Liza
Busquets Ferré, Lourdes
Catalina Fernández, Cristina
D'Agostino Ermacora, Sebastián
De Castro Oller, María Jesús
De Uribe-Zorita, Isabel Reyes
Gabaldón Fraile, Sabel
Galán Rodríguez, Antonio
Garrán, Encarni
González-Serrano, Fernando
Gordo, Leire
Houzel, Didier
Iriarte, Leire
Labin. Agustina
Márquez Navarro, María Ángeles
Martínez Pampliega, Ana
Mascaró Masri, Norberto
Ortiz Soto, Paloma
Peinado Muñoz, Elisa
Rabain Lebovici, Nicolas
Taborda, Alejandra
Terán Sedano, Sara
Trejo, Diego
Ubía Alcántara, Ruth
Vegazo Sánchez, Esmeralda
Villanueva Ferrer, Rafael

N.º 65
1º semestre

2018

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967



Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)
Alain Braconnier Centro Alfre Binet (París)
M^a Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)
Marian Fernández Galindo (Madrid)
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)
Pablo García Túnez (Granada)
Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (Paris)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)
Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París)
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaut Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

INDICE:

¿Hacia falta abrir la caja de Pandora? <i>Didier Houzel</i>	9
Aspectos éticos implicados en la medicalización de las personas trans en la infancia y adolescencia <i>Sabel Gabaldón Fraile</i>	17
Grupos multifamiliares: un nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia <i>Nicolas Rabain Lebovici, Sebastián D'Agostino Ermacora, Liza Benaym y Norberto Mascaró Masri</i>	25
En busca de la dimensión clínica del apego a través de las narrativas infantiles <i>Antonio Galán Rodríguez</i>	35
Los avatares de la adolescencia en nuestra época, a ritmo de las nuevas tecnologías <i>Elisa Peinado Muñoz</i>	47
Observaciones basadas en el trabajo de los conflictos de la parentalidad en padres de menores de dos años con sospecha de Trastorno del Espectro Autista <i>Encarni Garrán</i>	59
La relación entre la función reflexiva parental y el ajuste socioemocional de bebés de 9 a 14 meses de la Comunidad Autónoma Vasca <i>Leire Gordo, Leire Iriarte y Ana Martínez Pampliega</i>	67
Los escenarios de la abuelidad <i>Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto, María Jesús de Castro Oller y María Ángeles Márquez Navarro</i>	73
Dificultades en el abordaje terapéutico: a propósito de un caso clínico en una paciente adolescente <i>Esmeralda Vegazo Sánchez, Diego Trejo, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Cristina Catalina Fernández</i>	79
Tramas de la constitución subjetiva y la complejidad del diagnóstico de niños desde un enfoque relacional (Parte 2) <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	85
Intimidad y tolerancia a la soledad en la adolescencia <i>Fernando González-Serrano</i>	95
Mecanismos autorregulatorios en el bebé y sus interacciones tempranas <i>Mercedes Becerra Gordo</i>	105
El grupo terapéutico con niños pequeños como tránsito entre familia y escuela Experiencia grupal: historia de la construcción de un tren <i>Lourdes Busquets Ferré, Ruth Ubía Alcántara y Rafael Villanueva Ferrer</i>	111

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. www.editorialselene.com

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@seypna.com

Página Web: <http://www.seypna.com/revista-seypna/>

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

Was it necessary to open Pandora's box? <i>Didier Houzel</i>	9
Ethical aspects involved in the medicalization of trans people in childhood and adolescence <i>Sabel Gabaldón Fraile</i>	17
Multifamily groups: a new therapeutic approach in adolescence <i>Nicolas Rabain Lebovici, Sebastián D'Agostino Ermacora, Liza Benaym y Norberto Mascaró Masri</i>	25
In search of the clinical dimension of attachment through children's narratives <i>Antonio Galán Rodríguez</i>	35
The vicissitudes of adolescence in our time, to the rhythm of new technologies <i>Elisa Peinado Muñoz</i>	47
Observations based on the work of parenting conflicts in parents of children fewer than two years of age with suspected Autism Spectrum Disorder <i>Encarni Garrán</i>	59
The relationship between the parental reflective function and the socio-emotional adjustment of babies 9-14 months old from the Basque Autonomous Country <i>Leire Gordo, Leire Iriarte y Ana Martínez Pampliega</i>	67
Scenarios of grandparenthood <i>Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto, María Jesús de Castro Oller y María Ángeles Márquez Navarro</i>	73
Difficulties in the therapeutic approach: clinical case of a teen patient <i>Esmeralda Vegazo Sánchez, Diego Trejo, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Cristina Catalina Fernández</i>	79
Networks of subjective constitution and the complexity of the diagnosis of children from a relational perspective (2nd part) <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	85
Intimacy and tolerance for loneliness in adolescence <i>Fernando González-Serrano</i>	95
Self-regulatory mechanisms in babies and their early interactions <i>Mercedes Becerra Gordo</i>	105
Group therapy with young children as a transition between family and school Group experience: the history of building a train <i>Lourdes Busquets Ferré , Ruth Ubía Alcántara y Rafael Villanueva Ferrer</i>	111

¿HACÍA FALTA ABRIR LA CAJA DE PANDORA?*

WAS IT NECESSARY TO OPEN PANDORA'S BOX?

Didier Houzel**

RESUMEN

Es peligroso evaluar el impacto de un fenómeno en la época en la que vivimos. El riesgo es doble: sea al idealizar el pasado, darse a la nostalgia y juzgar negativamente su época; o al idealizar al presente, sacrificar todo al modernismo y despreciar los valores del pasado en nombre del progreso. En los dos casos, el mecanismo de base es proyectivo: proyectar sobre épocas pasadas tanto en los buenos aspectos de nuestros objetos internos, como en los malos - en los dos casos, nuestro mundo interno está escindido y nuestra percepción de la realidad distorsionada. El presente intenta inscribirse en una aproximación atenuada de la inevitable pregunta “¿qué impacto ha tenido sobre la evolución de nuestras sociedades occidentales el descubrimiento freudiano del inconsciente dinámico y de la sexualidad infantil?” Una metáfora viene a la mente: aquella del mito de Pandora la cual, guiada por su curiosidad, abre la caja que custodiaba, a pesar de la prohibición de Zeus, dejando escapar los vientos maléficos sobre toda la humanidad. ¿Es acaso una curiosidad mórbida la que nos empuja a abrir la caja de Pandora al mundo inconsciente y de los deseos reprimidos? ¿Podemos atenuar el daño recurriendo a otra metáfora: aquella del aliento, imagen del espíritu que anima a los seres y les da la vida? ¿La exploración

psicoanalítica y las teorías que la avalan representarían, bajo este ángulo, una conquista universal del pensamiento humano? ¿Qué formas haría falta darles para obtener de ellas unos efectos benéficos para la sociedad entera? Esta problemática será explorada a la luz de la evolución del status dado al pensamiento y a la práctica psicoanalítica en el espacio cultural francófono.

Palabras clave: Clastrum, escisión, dinámica de conflicto, dinámica de gradiente, identificación intrusiva, identificación proyectiva, relación continente/contenido, teorías psicoanalíticas

RÉSUMÉ

Il est risqué d'évaluer l'impact d'un phénomène sur l'époque dans laquelle on vit. Le risque est double: soit idéaliser le passé, donner dans la nostalgie et juger négativement son époque – soit idéaliser le présent, tout sacrifier au modernisme et rejeter les valeurs du passé au nom du progrès. Dans les deux cas, le mécanisme de base est projectif : projeter sur des époques révolues tantôt les bons aspects de nos objets internes, tantôt les mauvais – dans les deux cas, notre monde interne est clivé et notre perception de la réalité faussée. Le présent essai s'inscrit dans une approche tempérée de cette question incontournable « quel impact a eu sur

* Ponencia presentada en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título “Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social” fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Profesor Emérito de l'Université de Caen (Francia). Miembro titular de l'Association Psychanalytique de France (APF). E-mail : houzel4@gmail.com

Este trabajo ha sido traducido por Francisco Vaccari.

l'évolution de nos sociétés occidentales la découverte freudienne de l'inconscient dynamique et de la sexualité infantile ? » Une métaphore vient à l'esprit : celle du mythe de Pandore qui, guidée par sa curiosité, ouvre la jarre dont elle était dépositaire, malgré l'interdiction de Zeus, laissant échapper des vents maléfiques sur toute l'humanité. Est-ce une curiosité morbide qui nous pousse à ouvrir la boîte de Pandore du monde inconscient et des désirs refoulés ? Pouvons-nous tempérer le danger en recourant à une autre métaphore : celle du souffle, image de l'esprit qui anime les êtres et leur donne vie ? L'exploration psychanalytique et les théories qui en rendent compte représenteraient-elles sous cet angle un acquis universel de la pensée humaine ? Quelles formes faut-il leur donner pour en tirer des effets bénéfiques pour la société tout entière ? Cette problématique sera explorée à la lumière de l'évolution du statut donné à la pensée et à la pratique psychanalytique dans l'espace culturel francophone.

Mots clés: Claustum, clivage, dynamique de conflit, dynamique de gradient, identification intrusive, identification projective, relation contenant/contenu, théories psychanalytiques.

Evaluar el impacto de las teorías psicoanalíticas en nuestras sociedades occidentales modernas es una tarea de mucho riesgo. De entrada, existe el riesgo psíquico de escindir el presente del pasado y de servirse del uno o del otro como espacio de proyección. La más frecuente de las frustraciones del presente nos lleva a idealizar el pasado y a desdeñar el presente: en tiempo pasado, todo era mejor; la sociedad daba seguridad, las relaciones humanas eran sólidas y sinceras, la fidelidad en el amor era la regla - todo se ha degradado en estos días, las relaciones son superficiales, cada uno busca su propio placer y su confort despreciando la solidaridad y la compasión, el amor no es más lo que era. Es más extraño que uno vea las cosas desde el otro ángulo: en donde el presente sería la edad ideal de cara a un pasado imaginado como alienante e insoportable.

La tentación de escindir y proyectar tanto los buenos aspectos de nuestra experiencia subjetiva, como los malos aspectos, es universal y permanente. Desde un determinado punto de vista, proyectar sobre un pasado convulso aquello que sentimos como bueno o como malo, es una forma económica de resolver nuestras frustraciones del momento. El pasado ha sido lo que era y, desde luego, todo aquello no hace daño a nadie si uno se sirve de ello como espacio de proyección. Excepto, y esto es esencial para una reflexión de valor científico, si estos

mecanismos productivos distorsionan profundamente nuestras representaciones del pasado y del presente. Idealizar el pasado supone que uno olvide las dos guerras mundiales, la Shoah, las guerras de independencia de las colonias y otras desdichas que nuestros mayores han conocido.

El segundo riesgo de evaluar nuestra propia época también está ligado a esta tendencia humana a escindir lo bueno de lo malo y a desprenderse de lo malo por mecanismos de proyección, pero viéndolo esta vez bajo un punto de vista epistemológico. Cuando valoramos nuestra época, tendemos a hacerlo como si estuviéramos fuera de aquello que evaluamos y nos olvidamos simplemente que formamos parte de ella. Estamos dentro de aquello que evaluamos, no sólo somos observadores exteriores que vienen a asomarse a aquel mundo del cual no participan. Esto genera problemas epistemológicos y metodológicos que yo calificaría de "error de Laplace".

El matemático y filósofo francés Pierre Simon de Laplace formuló la hipótesis sobre la existencia de una inteligencia, calificada a partir de entonces como "demonio de Laplace", de un tal poder que podría prever todo sobre el estado del Universo: <<Una inteligencia que, en un momento dado, conocería todas las fuerzas cuya naturaleza es animada y la respectiva situación de los seres que la componen, si además ella es suficientemente vasta para someter a análisis sus datos, abrazaría en la misma fórmula los movimientos más grandes del cuerpo del universo y aquellos del átomo más ligero; nada sería incierto para ella y, tanto el futuro como el pasado, estaría presente a sus ojos>> (Laplace, 1814, p.2).

Si aplicamos la misma experiencia de pensamiento a nuestra evaluación sobre el tiempo presente, constataríamos que estamos inevitablemente incluidos en nuestra evaluación. Ésta debería conducirnos a preguntarnos no sólo por el mundo que nos rodea, sino también por nosotros mismos, por nuestros estados psíquicos, nuestros valores de referencia, nuestra posición personal en este mundo de evolución que sometemos a una mirada crítica. Reconozcámoslo, a menudo nos olvidamos de esta exigencia e tendemos más bien a situarnos en el demonio de Laplace: observador exterior e imparcial de una época sobre la cual lanzamos una mirada sin incluirnos en el campo que exploramos a pesar que constituimos el centro de la misma.

Alain Ehrenberg (2012) hace una severa crítica a los numerosos escritos psicoanalíticos sobre la evolución de nuestras sociedades modernas o, más bien, post modernas; críticas que se aglomeran alrededor de la

cuestión planteada a menudo a través del demonio de Laplace. El punto de vista del psicoanalista no puede ser sólo un punto de vista subjetivo e individual que implique tan sólo una observación atenta de las patologías que se prestan a un trabajo analítico, sino también debería implicar el punto de vista del propio analista. Se deduce un punto de vista general, despreciando las exigencias metodológicas de las ciencias sociológicas, de la contextualización necesaria de los datos, del recurso indispensable a los análisis cuantitativos, haciendo como si el punto de vista psicoanalítico pudiera extenderse sin límite a la sociedad entera sin tener en cuenta la inclusión subjetiva del observador en el campo que explora.

Antes de implicarme más en algunas hipótesis sobre el impacto del psicoanálisis en la evolución de nuestras sociedades, me veo obligado a permanecer alerta a esto que he comentado y sin estar del todo seguro de haber podido yo mismo escapar a las críticas a las que yo mismo he formulado. Al menos habré señalado los puntos débiles de la herramienta que utilizamos para intentar evaluar el impacto de la misma en la era moderna.

EL MALESTAR EN LA CULTURA

En 1930 Freud publica un texto al que podemos considerar como el origen de las reflexiones psicoanalíticas sobre la organización social como la observamos nosotros: *Das Unbehagen in der Kultur*, título que ha sido traducido al francés como “Malestar en la civilización” además de como “Malestar en la cultura”. Es interesante recalcar que Freud introdujo este texto haciendo referencia a una carta de Romain Rolland quien criticaba el ensayo de Freud sobre la religión, “El porvenir de una ilusión” (Freud, 1927), subrayando la ausencia de toma de conciencia del sentimiento religioso que él definió como “el hecho simple y directo de la sensación de lo eterno (que puede muy bien no ser eterno, pero simplemente sin límites perceptibles y como oceánico)...”

El malestar en la cultura comienza por la confesión del autor sobre una ausencia total de este “sentimiento oceánico” pero que el propio Freud reconoció era esta crítica la que le había hecho interrogarse sobre la civilización que regula la relación entre los hombres (al precio de una frustración en cada uno de los individuos de una comunidad cultural). Sin embargo, ¿cuál es la relación entre la crítica de Romain Rolland y su cuestionamiento sobre la civilización? Esta relación pasa explícitamente por la cuestión de los límites. Rolland describió una experiencia de pérdida o de ausencia de

límites: “sensación de lo eterno (que puede muy bien no ser eterno, pero simplemente sin límites perceptibles y como oceánico)...”. Esta observación conduce a Freud a interrogarse sobre la construcción de los límites del Yo y sobre el precio a pagar por esta construcción. Apoya su razonamiento en la diferencia comprobada por el lactante entre las sensaciones que le vienen de su cuerpo y aquellas que le vienen de su objeto de satisfacción, el seno materno: “Por allí se opone al yo por primera vez un objeto como algo que se encuentra fuera y que sólo ha sido empujado en el campo fenomenológico por una acción particular”. (Freud 1994b, p.252).

A partir de ahí, las fronteras del Yo estarían relacionadas a la necesidad de expulsar hacia fuera el *displacer*. Freud propone la noción del Yo- *placer* puro. Pero este Yo- *placer* se sentirá herido ante la exigencia de la vida en sociedad, la cual significa reunir a los hombres en una comunidad coherente y estable y para ello necesario reprimir las pulsiones agresivas que se manifiestan inevitablemente entre ellos y que Freud incorpora a la pulsión de muerte. La civilización nacería, entonces, a partir de un conflicto titánico entre las dos orientaciones pulsionales que él ha descrito: las pulsiones de vida (que tienden a unir a los hombres los unos a los otros) y las pulsiones de muerte (que tienden a alejarlos y a arruinar la coherencia de la comunidad necesaria para vivir). Es la renuncia pulsional impuesta por la civilización que será la fuente de malestar en los individuos. La compensación a esta renuncia pulsional sería aportada por unos ideales comunes entre los cuales está la religión, cuyo objetivo es asegurar la cohesión de la comunidad a expensas de cualquier precio individual.

El razonamiento de Freud se articula alrededor de dos modelos metapsicológicos: uno concierne la construcción de los límites del Yo; el otro, el conflicto pulsional entre pulsión de vida y pulsión de muerte. En resumen: el objeto exterior es la fuente de frustración y de sufrimiento ya que pueda hacerle falta en el momento en que el niño lo necesita – el Yo va a aprovechar este espacio exterior para expulsar a través de la proyección toda forma de *displacer*. Ese Yo- *placer* puro es herido ante la necesidad de vivir en comunidad y, por lo tanto, ante la necesidad de reprimir una parte de su agresividad ante sus semejantes- es esta represión pulsional la que está al origen de una inevitable frustración y, por lo tanto, de un malestar individual, cualquiera que sea la civilización en la que vivamos.

Es así como volver a la demostración de Freud no me parece un mero ejercicio académico, ya que

toda una literatura moderna se apoya sobre este texto fundamental para analizar nuestras sociedades actuales y las dificultades antes las cuales ellas nos confrontan. Sin pretender para nada hacer un inventario de esta literatura, citaré: *Le malêtre* de René Kaës (2012), *La société du malaise* d'Alain Ehrenberg (2012), *Le nouveau malaise dans la civilisation* de Marie-France Castarède et Samuel Dock (2017). Pero antes de examinar los modelos sobre los cuales se apoya Freud, enfoquémonos un momento en el malestar actual, tal y como nos es descrito tanto por los sociólogos como por los psicoanalistas. Estos últimos ven evolucionar a su clientela, apareciendo un sentimiento de extrañeza ante los casos las neurosis de transferencia, al aumentar otras patologías y otros sufrimientos que se hacen más frecuentes.

LA SOCIEDAD DEL MALESTAR

Retomo aquí el título de la apasionante obra del sociólogo Alain Ehrenberg (2012) quien, apoyándose en una metodología sociológica, da buena cuenta de las observaciones de los psicoanalistas sobre la evolución de sus pacientes comparando lo que ocurre en los EEUU con lo que ocurre en Francia.

Nuestras sociedades occidentales conocen unas extremadamente rápidas evoluciones en sus estructuras profundas. Sería ingenuo y falso, como lo he evocado más arriba, sólo ver en esas evoluciones la sombra proyectada de teorías y de prácticas aportadas por el psicoanálisis. ¿Cómo situar el lugar de las nuevas tecnologías, en particular la llegada a lo más alto de la informática y de las redes sociales? ¿Cómo apreciar el efecto de los cambios geopolíticos: fin de la guerra fría, derrumbamiento del comunismo, el fin del colonialismo, la emergencia de numerosos nacionalismos, globalización de la economía, etc.? ¿Cómo no hacer un lugar a las reacciones intergeneracionales, evidentes en el movimiento de mayo de 1968? Es probable que en ese contexto extremadamente complejo la participación del psicoanálisis sea mínima. Sin embargo, es innegable que éste tenga su lugar y los psicoanalistas disponen de un lugar de observación privilegiado sobre la evolución de la mente y de las mutaciones del sufrimiento psíquico.

EL NACIMIENTO DE UNA PATOLOGÍA PSICOSOCIAL

La relación entre la organización de la sociedad y las tendencias psicopatológicas de los individuos ha sido reconocida desde hace mucho tiempo. Freud hablaba de ello en 1908; en 1930 habla de la “patología de las

comunidades culturales”. Sin embargo, es al llegar a los años 1970, como lo subraya Ehrenberg (2012), que los psicoanalistas han comenzado a interesarse en ello, constatando la evolución de las solicitudes de análisis que les llegaban. Desde su creación, con algunas excepciones, el psicoanálisis se encasillaba en el tratamiento de los trastornos neuróticos correspondientes a lo que Freud había descrito bajo el nombre de “neurosis de transferencia”. Desde los años 1960-70, los psicoanalistas han recibido en sus consultas y tumbado en sus divanes a pacientes que sufren de trastornos muy diferentes.

Estos nuevos pacientes han sido de entrada identificados como sufrientes de “neurosis de carácter”, que se caracteriza por una ausencia habitual de síntomas ansiosos o depresivos y que se manifiestan en la relación con el otro. Estos pacientes sufren esencialmente de los efectos de su incapacidad para establecer unas relaciones armoniosas y tranquilas con su entorno. Rápidamente, estos han sido calificados de “estados límite” ante la constatación tanto de la pobreza de sus experiencias subjetivas próximas a un vacío existencial, como de la importancia de los mecanismos de defensa arcaicos y del tipo de angustias a los que tenían que enfrentarse durante la cura, hecho que les acercaba a la patología psicótica.

En nuestros días, tendemos a hablar de patología narcisista, patología del « vínculo », de síndromes de pérdida de confianza, de síndromes de exclusión social, incluso de auto-exclusión, que alcanzan su paroxismo en las situaciones descritas por los psiquiatras japoneses en donde se llega a contar por centenas de millares de jóvenes;

Otaku: quien describió un repliegue sobre sí mismo en una actividad compulsiva salida de la cultura del ambiente (ordenador, videojuego, juegos online, etc.)

Hikikomori: síndrome que afecta sobre todo a los adolescentes y jóvenes adultos de sexo masculino y que se caracteriza por un enclaustramiento voluntario en su habitación, de la que no salen ni para comer, ni para estudiar, ni para ir a trabajar. Según E. Godart (2018) este síndrome abarcaría entre 500 000 y 1 millón de jóvenes en Japón. A pesar que se presente de una manera menos frecuente, éste no es desconocido para nuestros países occidentales.

Un estudio del Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC) citado por *Le Figaro* (17/09/2017)), revela que 700 000 jóvenes franceses, entre 15-30 años, es decir el 6% de esta franja de edad, viven en una situación de aislamiento social – 18% de estos jóvenes, es decir más de 2 millones,

son vulnerables y no hay ningún encuentro físico ni prácticamente pasan el tiempo con otras personas más que de manera muy esporádica. (Le Figaro, 17/09/2017).

¿Paradoja es, en la época de internet, de las redes sociales, de millares de amigos que uno pretende tener, este aislamiento, síntoma de un vacío relacional, de la ausencia de vínculo, de un repliegue narcisista a menudo asociado a unas conductas adictivas más o menos destructoras!

¿Cuál es el impacto del psicoanálisis en esta evolución de nuestras sociedades calificadas de postmodernas, incluso de hipermodernas? No podemos escaparnos a esta pregunta.

CLAUSTRUM O CONTINENTE

He dado a mi intervención como título “¿Haría falta abrir la caja de Pandora?”. Es momento de explicarlo.

En la leyenda griega, Pandora es depositaria de una caja confiada por Zeus con la prohibición de abrirla. Pero, guiada por su curiosidad, ella abre la caja y deja que se escapen de ésta unos vientos maléficos que van a llegar a toda la comunidad humana. ¿Es acaso nuestra mera curiosidad la que nos hace abrir la caja del inconsciente y dejar escaparse las pulsiones y los fantasmas que se encuentran ahí retenidos? Pagamos el precio de una curiosidad culpable a falta de haber comprendido que los contenidos de nuestro Inconsciente piden ser transformados al mismo tiempo que les damos acceso al Consciente.

Me parece que está claro que toda la obra de Freud se basa en el modelo del conflicto: en la primera tópica se trata de un conflicto entre las representaciones, las representaciones irreconciliables entre ellas que son admitidas en la conciencia deben ser reprimidas, es decir privadas de su investimento consciente – en la segunda tópica, las representaciones y los afectos no accesibles a la conciencia caen bajo la censura del Superyo, todo pasa como si dos fuerzas de sentido contrario de confrontasen: el empuje del Ello de un lado, el contra empuje del Superyo del otro. El resultado de este modelo es que el trabajo psicoanalítico consiste en levantar las barreras de la represión o permitir a los fantasmas que se encuentran retenidos en la caja del inconsciente el atravesar la censura. De dónde emerge la célebre frase de Freud: *Wo Es war, soll Ich werden* (donde había Ello, el Yo debe avenir) (Freud, 1923).

Este modelo que califico de dinámica de conflicto es retomado por Freud en *El malestar en la cultura* (1930) en referencia a su segunda teoría de las pulsiones que

opone las pulsiones de vida a las pulsiones de muerte. Sin embargo, cuando él introdujo esta segunda teoría (Freud, 1920), hizo llamado a aquello que podemos calificar de dinámica de gradiente y no a una dinámica de conflicto. En efecto, la dinámica en cuestión tiene lugar entre dos polos: por una parte, mayor vínculo, mayor organización, mayor unidad; por otra parte, mayor desunión, un retorno a lo inorgánico, una pérdida de coherencia. La novedad en los últimos esfuerzos de teorización de Freud se plasma en la toma de conciencia de que la pulsión por sí misma es destructiva si no está contenida, canalizada, limitada por unas fuerzas contrarias y transformada. La pulsión de muerte no se opone a la pulsión de vida como las pulsiones sexuales se oponían a las pulsiones del Yo. Se trata de la misma fuerza pulsional que es tanto transformada por un trabajo del pensamiento y que va en el sentido de la organización, del vínculo, de la coherencia y de la estabilidad, como no transformada y que va en el sentido de la desvinculación y de la destrucción.

Es el modelo de la relación continente/contenido de Wilfred Bion (1979a) que, bajo mi punto de vista, da buena cuenta de esta doble dinámica: dinámica de gradiente propia a la pulsión misma - dinámica de conflicto cuando la pulsión encuentra un límite, un tope, indispensable para domesticarla y ponerla al servicio de la vida. Encontramos ahí la cuestión de los límites levantada por Romain Rolland en su carta a Freud: “sensación de lo eterno (que puede bien no ser eterno pero simplemente no tener bordes perceptibles y como oceánico).” Es el “sin bordes perceptibles” lo que me parece lo más interesante y que parece haber cuestionado a Freud como lo testimonia su respuesta a Rolland el 14 de julio de 1929: “su carta del 5 de diciembre de 1927 y sus comentarios acerca del sentimiento que usted llama “oceánico” no me han dejado descanso alguno...”. De aquí parte su tentativa a explorar los bordes inevitables que la civilización opone a las pulsiones y que según él son fuente de malestar.

Para concluir, me gustaría sugerir una distinción entre unos límites impuestos (que son vividos como fuente de malestar, incluso de sufrimiento, porque ellos están al servicio de la represión de las emergencias pulsionales) y unos límites que constituyen un apoyo indispensable para acceder al pensamiento a través de una transformación de las emergencias pulsionales en algo que tenga sentido (que se transforma en algo pensable y comunicable y que, desde entonces, permite al mismo tiempo asegurar la coherencia de sí mismo y el vínculo con el otro). A los límites represivos los sitúo del lado de lo que Donald

Meltzer ha llamado un *claustrum*. A los límites que permiten este acceso al pensamiento, los sitúa del lado de lo que Wilfred Bion ha llamado un continente.

Donald Meltzer (1999) parte de la descripción de Melanie Klein de la identificación proyectiva, pero Klein sólo la utilizaba en la relación entre el Self y sus objetos externos y él extiende este mecanismo a los objetos internos. El *claustrum* resulta de la identificación proyectiva de una parte del Self en un objeto interno en donde esta parte se encuentra secuestrada. Todo ocurre como si el niño, a falta de tener la experiencia de encontrar un continente para sus proyecciones, recurriera a una identificación proyectiva excesiva que Meltzer llama identificación intrusiva, como manera de forzar el pasaje que permita, a estas proyecciones en cuestión, entrar en uno de los espacios de su objeto. Este pasaje forzado nutre el fantasma omnipotente de ocupar el lugar así conquistado. Sin embargo, en repuesta a ello, la parte del Self que ha sido proyectada se encuentra secuestrada en el espacio que ocupa. Es esencial entender esta identificación intrusiva como una proyección al interior de un objeto interno.

Wilfred Bion (1979a) parte también del concepto kleiniano de identificación proyectiva para definir la relación continente/contenido. Se trata aquí de una identificación proyectiva normal, forma primitiva de comunicación con el objeto. Si el objeto recibe la proyección y la transforma de manera que responda a la expectativa del niño, éste logra experimentar la posibilidad de comunicarse con sus objetos y, bajo esta comunicación, dar sentido a aquello que experimenta. No obstante, todavía le hace falta pasar por una etapa previa a acceder a la capacidad de pensar: tolerar la ausencia del objeto exterior y, apoyándose en sus experiencias anteriores de comunicación, volverse capaz de dar sentido él mismo a sus experiencias. Bion (1979a) lo expresa de la siguiente manera: "...el niño pequeño, lleno de un montón de heces dolorosas, de culpa y de miedo a morir, lleno de grandes trozos de avidez, de maldad y de orina, evacúa esos malos objetos en el pecho que no está presente. Haciéndolo, el buen objeto transforma el no pecho (la boca) en pecho, las heces y la orina en leche, el miedo a morir y la angustia en vitalidad y confianza, la avidez y la maldad en sentimiento de amor y de generosidad..." (Bion 1979, p.36).

Bion hablaba de un continente materno. Para él, en la relación continente/contenido, el continente representaba la vertiente femenina de la relación, el contenido su vertiente masculina. Además, él representaba esta

relación utilizando los símbolos de lo femenino y de lo masculino: ♀♂.

Mi experiencia psicoanalítica, precisamente con niños y, especialmente, con niños autistas, me hace pensar que el continente no es solamente materno. Debe haber unos componentes maternos y unos componentes paternos, de tal manera que el niño pueda tener la experiencia de que sus proyecciones penetren la mente de la madre, sin dañarla porque ya se encuentran los contrafortes paternos que le aseguran su coherencia y estabilidad. Son estos contrafortes paternos sobre los cuales, a mi parecer, regresan las proyecciones como Geneviève Haag (1991) lo ha descrito, para volverse hacia el niño transformadas de elementos β que eran, en elementos α susceptibles de ser combinadas entre ellos para cobrar sentido.

Claro está que hace falta que el niño tolere la frustración del objeto ausente para acceder al pensamiento. Si accede a éste, encuentra lo esencial de lo que había proyectado (y que estaba herido en los límites de un continente bisexuado para sufrir las transformaciones que Bion describió en su mencionada cita) en otro nivel más abstracto e internalizado. ¿Podría entonces experimentar, al menos a través de intermitencias, el sentimiento de "sin bordes perceptibles" del que hablaba Romain Rolland, o más bien de bordes apenas perceptibles? No porque éste escinda su Self y proyecte sus partes malas al exterior, sino porque se siente amado y comprendido en el seno de lo que Donald Meltzer (1994) llama una relación de intimidad.

CONCLUSIÓN

He opuesto *claustrum* y continente porque se trata de dos configuraciones que imponen unos límites a las exigencias pulsionales, pero de dos maneras profundamente diferentes. El *claustrum* crea unos límites infranqueables entre los cuales todo o una parte del Self se encuentra encerrado. Es de este encierro del cual el trabajo psicoanalítico debe liberar al paciente para devolverle sus fuerzas vivas y su capacidad creadora. El contenido se opone a unos límites suaves que permiten la transferencia en el registro del pensamiento de exigencias pulsionales brutas que se convertirían en destructivas si fueran dejadas a ellas mismas. He intentado varias veces subrayar esta diferencia en términos de estabilidad: en el primer caso, aquel del *claustrum*, todo se fija y se repite idénticamente sin capacidad de cambio, sin progresión - en el segundo, aquel del continente, lo que ha sido proyectado se desarrolla en representaciones, en símbolos, en pensamientos que responden no a la

definición de una estabilidad simple, sino a aquella de una estabilidad estructural que permite unos cambios indefinidos, unas variaciones ilimitadas, pero sobre la base de un mismo tema que se encuentra desplazado siempre hacia una mayor abstracción y extensión.

En resumen, propongo añadir al modelo metapsicológico que ha guiado a Freud en toda su obra, aquella de una dinámica de conflicto, lo que he llamado una dinámica de gradiente. Hay gradiente en la medida en la que nuestras emergencias pulsionales navegan entre un total apaciguamiento, un retorno a cero y una violencia eruptiva que puede llevarse todo consigo a su paso. Debe haber un conflicto para que esta violencia pulsional no ceda a su destructividad potencial.

Si uno admite esta dualidad dinámica, resultan de ésta unas exigencias tanto en la conducción de la cura como en la difusión de las teorías psicoanalíticas en nuestras sociedades del malestar (Kaes, 2012). En la conducción de la cura es esencial poner a disposición del analizando una función continente, lo que supone una implicación emocional del analista, una empatía profunda, una receptividad psíquica máxima. En la difusión de las teorías psicoanalíticas en el seno de nuestras sociedades, lo que se supone es que uno insista en la posibilidad de liberar las partes reprimidas, aisladas, secuestradas del psiquismo bajo la condición de ofrecerle un continente dotado de las cualidades bisexuales que he descrito: femeninas/bisexuales para recibir las con indulgencia y comprensión; masculinas/paternas para contenerlas, orientarlas y transformarlas. Más que a Pandora, descerebrada, quien abre la caja sin preocuparse de lo que saldrá de ella, los psicoanalistas se parecerían a los chamanes de los inuit (esquimales) confrontados al dios maestro de la atmósfera “al que se le atribuye la niebla, el granizo, la ventisca [...] que provoca al desatar los cordones de su combinación...” - “... en el momento de su sesión, (los chamanes) deben subir a los aires con el

fin de dominarlo y volver a atar su vestimenta para traer el buen tiempo.” (Le Quellec et Sergent, 2017, p. 1320).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bion, W. R. (1979). *Éléments de la psychanalyse*. Paris: Puf.
- Castarède, M. F. & Dock, S. (2017). *Le nouveau malaise dans la civilisation*. Paris: Plon.
- Ehrenberg, A. (2012). *La société du malais*. Paris: Odile Jacob.
- Freud, S. (1969). La morale sexuelle civilisée et la maladie nerveuse des temps modernes [1908], in *La vie sexuelle*, Paris: Puf.
- Freud, S. (1996). Au-delà du principe de plaisir [1920], in *OPC vol XV*. Paris, Puf.
- Freud, S. (1992). Le moi et le ça [1923], in *OPC vol XVI*, Paris: Puf.
- Freud, S. (1994a). L'avenir d'une illusion [1927], in *OPC vol XVIII*, Paris, Puf.
- Freud, S ; (1994b). Le malaise dans la culture (1930), in *OPC vol XVIII*, Paris: Puf.
- Godart, E. (2018). *La psychanalyse va-t-elle disparaître?* Paris: Albin Michel.
- Haag, G. (1991). Nature de quelques identifications dans l'image du corps. Hypothèses, *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 10, 73-92.
- Kaës, R. (2012). *Le maître*. Paris: Dunod.
- Laplace, P. S. (1914). *Essai philosophique sur les probabilités*. Paris: Courcier.
- Le Figaro, 17/09/2017.
- Le Quellec, J. L. & Sergent, B. (2017). *Dictionnaire critique de la mythologie*. Paris: CNRS Éditions.
- Meltzer, D. (1999). Le claustrium. *Une investigation des phénomènes claustrophobiques [1992]*, Larmor Plage. Paris: Éditions du Hublot.
- Meltzer, D. (1994). *Sincerity and others works*. London: Karnac Books.

ASPECTOS ÉTICOS IMPLICADOS EN LA MEDICALIZACIÓN DE LAS PERSONAS TRANS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA*

ETHICAL ASPECTS INVOLVED IN THE MEDICALIZATION OF TRANS PEOPLE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Sabel Gabaldón Fraile**

RESUMEN

El término “trans” engloba a todas las personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresan su identidad de género de una manera no normativa (transexuales, transgéneros, genderqueers). En estas personas se evidencia una relación entre el malestar experimentado y el rechazo social sufrido con la intención clara de que se adecúen a las normas de género vigentes. Este aspecto no ha sido tenido en cuenta en la perspectiva médica que ha mantenido actitudes patologizantes. Desde una aproximación ética, planteo un enfoque despatologizador de las personas trans y un análisis tanto de las respuestas médicas (diagnósticas y terapéuticas) como de las respuestas sociales.

Palabras clave: Transexualidad, identidad de género, infancia, adolescencia, ética

ABSTRACT

The term “trans” encompasses all people who identify with a gender different than that assigned at birth, or

who express their gender identity in a non-normative manner (transsexuals, transgender, genderqueers). For these people, a relationship between the discomfort experienced and the social rejection suffered is evident from the clear intention of adapting to current gender norms. This aspect has not yet been taken into account from a medical perspective that maintains pathological attitudes. From an ethical perspective, I propose a depathologizing approach to trans people and an analysis of both medical (diagnostic and therapeutic) and social responses.

Key words: Transsexuality, gender identity, childhood, adolescence, ethics

INTRODUCCIÓN

A lo largo del presente artículo se utiliza el término trans, con la intención de englobar a todas las personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresan su identidad de género de una manera no normativa, en este término se incluyen transexuales,

* Ponencia presentada en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título “Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social” fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Psiquiatra. Máster Europeo en Bioética. Hospital Materno Infantil de Sant Joan de Déu de Barcelona. E-mail: sgabaldon@sjdhospitalbarcelona.org

transgéneros, *genderqueers*. Se realiza, desde una aproximación ética, un enfoque despatologizador de la diversidad de género en la infancia y adolescencia y un análisis de las respuestas médicas y sociales.

Como punto de partida, desde esta perspectiva despatologizadora, es necesario llevar a cabo un análisis epistemológico de los dos pilares que sustentan la intervención médica, psiquiátrica y psicológica en las personas trans: el diagnóstico y el tratamiento.

La “patologización” y la clasificación de estas situaciones plurales es el primer punto conflictivo que debemos tener en cuenta y las consideraciones éticas más fundamentales en psiquiatría (y, en consecuencia, las más serias), surgen a partir de la prerrogativa del diagnóstico (Gabaldón, 2007).

EL DIAGNÓSTICO

Las personas trans siguen formando parte de las categorías médicas patologizantes que han operado y operan como reguladoras de lo que podemos denominar la verdad del género, entendida como un parámetro de normatividad y normalización social, a través de la exigencia en la concordancia sexo-género y el establecimiento de la heterosexualidad obligatoria (Soley-Beltran, 2009).

Esta idea de control social, heredero de la ilustración y la revolución industrial, parte de la instrumentalización de la ciencia, que ha expuesto el saber científico como un producto social que, en la mayoría de los casos, muestra los presupuestos políticos y sociales bajo los cuales se produce. Dentro de los saberes científicos la medicina y particularmente la psiquiatría no han escapado a este hecho.

Para ilustrar este aspecto citaré tres ejemplos, que aunque pueden parecer lejanos en el tiempo son representativos de la instrumentalización del saber científico. El primero de ellos tiene como protagonista al Dr. Samuel A. Cartwright que en el año 1851 describió dos nuevas entidades médicas (Forcades, 2012), a una la denominaba “Disestesia Etiópica” y la definía como “la poca motivación por el trabajo y la falta de diligencia en general que tenían algunos esclavos de las plantaciones del sur de los EE. UU.” y la “Drapetomania” (del griego drapetes que significa “fugitivo”), definida como el “deseo imperioso que manifiestan ciertos esclavos a huir de la plantación incluso corriendo el riesgo de perder la propia vida”. Se podría pensar que estas descripciones de Cartwright a mediados del siglo XIX son tan lejanas como grotescas y que forman parte de un racismo

pseudocientífico o de un binarismo supremacista que somete a la ciencia a un pretendido orden natural de las cosas, pero no es así, ya que la medicalización de los problemas sociales ha tenido continuidad desde entonces hasta nuestros días en cuanto al intento de justificar la posición social de desventaja del conjunto de la población afroamericana en los EE.UU. (Forcades, 2012).

El segundo ejemplo lo encontramos en la llamada “Escuela de Moscú” creada por el Dr. Andrei Snezhnevsky, en la antigua Unión Soviética entre los años sesenta y ochenta, donde estuvo en vigor un sistema nosológico psiquiátrico que, aunque en muchos aspectos era muy descriptivo, no se basaba a diferencia del DSM o del ICD en una investigación según los patrones científicos comúnmente aceptados. Este sistema empleaba unos criterios tan amplios y elásticos de los trastornos esquizofrénicos que permitían que se emitiera este diagnóstico en casos en que, en Occidente, no se diagnosticaría enfermedad mental (Reich, 2001). Como consecuencia de este sistema, los psiquiatras soviéticos solían diagnosticar como enfermos a personas que no serían diagnosticadas como tales en ninguna otra parte. Citaré algunos de los rasgos que presentaba la denominada “esquizofrenia continua o cicloide de subtipo leve”, que se caracterizaba por: temor, desconfianza, depresión (sentimientos nada extraños en personas perseguidas por el Estado), religiosidad, adaptación deficiente al medio social (lo que caracteriza a un disidente), formulaciones ideológicas y “reformismo” (otro modo de describir la disidencia, al menos antes del advenimiento de la perestroika). Un ejemplo de la utilización de la psiquiatría como instrumento político al servicio de un régimen totalitario. Pero el hecho de que los psiquiatras soviéticos diagnosticaran a estas personas como enfermos sugiere que probablemente, al menos en algunas ocasiones, creían que estas personas (en muchos casos disidentes) eran auténticos enfermos. Si la ciencia se distorsiona con el fin de servir a sistemas de creencias políticos o ideológicos, las normas éticas patinan.

El tercer ejemplo tiene que ver con la homosexualidad que ha estado presente, como entidad psiquiátrica, desde finales del siglo XIX hasta hace bien poco, sin ninguna evidencia científica que la abalase y que dejó de formar parte por la presión social del activismo homosexual. Debido a estas presiones, en 1974, los miembros de la APA decidieron cambiar este término y en el DSM-III (1980) se sustituye esta categoría por “homosexualidad egodistónica”, un diagnóstico creado para referirse a aquellas personas que sufren a causa de su orientación

homosexual. En la edición revisada del DSM-III (1987), se elimina este concepto por considerarse que dicho sufrimiento, de estar presente, es producto de la homofobia social y no de la propia condición homosexual (Mas Grau, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS), retira en 1990 la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

En el caso de las personas trans, cuando realizamos un diagnóstico psiquiátrico por manifestar identidades y expresiones de género diversas o comportamientos de género no normativos y consideramos que su experiencia debe estar necesariamente marcada por un sufrimiento inherente a su condición, ese diagnóstico tiene el efecto de reforzar esa misma matriz de normatividad y el fin de tranquilizar a la sociedad estigmatizando a estas personas.

La transexualidad como concepto médico, entra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el año 1980, en la que sería la tercera edición de este manual (DSM-III), curiosamente cuando desaparece la homosexualidad de este manual clasificatorio.

Su introducción se debe, sobretudo, a las presiones ejercidas por la Asociación Harry Benjamin sobre transexualidad, hoy en día denominada “The World Professional Association for Transgender Health” (WPATH), creada en 1979 por un grupo de profesionales que trabajaban con personas transexuales y en claro homenaje a Harry Benjamin que con la publicación en 1966 de “The Transsexual Phenomenon” fijó las pautas de la asistencia médica de la transexualidad, defendiendo los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo. Su planteamiento se basaba en que “la mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, por lo que es lógico y justificable intentar lo opuesto: ajustar el cuerpo a la mente” (Benjamin, 1966). Curiosamente, antes de la aparición de esta obra, la solución hormonal y quirúrgica de la transexualidad era denostada y la mayoría de los profesionales preferían la utilización del abordaje psicoterápico para reconducir los deseos del paciente.

Por otra parte, Benjamin destacaba el nivel de sufrimiento de estos pacientes por no tener el cuerpo deseado, e indicaba la necesidad de una valoración psiquiátrica antes de actuar médicamente con la intención de descartar trastornos psicóticos y comprobar el estado emocional y el nivel de inteligencia del paciente, concediendo a la psiquiatría el papel validador y

supervisor del acceso al proceso terapéutico (Benjamin, 1966).

La presión que se ejerció para la introducción del término transexualidad en el que sería el DSM III, tenía como intención posibilitar nuevas vías de atención facilitando el acceso a tratamientos hormonales y quirúrgicos y que estos fuesen asumidos por las aseguradoras privadas o por el sistema público de salud al introducir como un “trastorno” a la transexualidad.

En las últimas clasificaciones médicas se ha intentado evitar el estigma con cambios de denominación. Hemos pasado, a lo largo del tiempo y de diversas clasificaciones psiquiátricas, por varios nombres: transexualidad, trastorno de identidad de género, disforia de género. El borrador Beta de la ICD-11 cambiará la terminología a “incongruencia de género” y su categoría diagnóstica, optando por retirar estas categorías del capítulo “trastornos mentales y de comportamiento” y mantendrá un código relacionado con la atención sanitaria trans-específica en un capítulo nuevo denominado “condiciones relacionadas con la salud sexual”, con el fin no sólo de garantizar la mejor atención sanitaria a estas personas, sino también para que toda actuación esté necesariamente presidida, en el caso de la infancia y adolescencia, por el interés superior del menor; en este sentido los profesionales sanitarios actuarían como garantes de dicho interés (Drescher, Cohen-Kettenis, & Reed, 2016).

Volviendo al DSM-5, este último define a la “disforia de género” como una “marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna”, y que va asociada a un “malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento” (American Psychiatric Association, 2014).

Pero en la definición médica de disforia de género, como en las anteriores denominaciones, el diagnóstico no se pregunta sobre si las normas de género son erróneas. La disforia es entendida como inherente a la experiencia transexual, y tiene como consecuencia un cuestionamiento del individuo, que sufriría un trastorno, en lugar de cuestionar la matriz de normatividad en la que se encuentra inmerso y que funciona mediante la exclusión y la coerción de las personas que se salen de la norma (Butler, 2007). En el caso de los menores, tiene relación con las coacciones y violencias recibidas, tanto en la escuela como a nivel familiar y social, con la intención de impedir que expresen conductas no normativas respecto a su género asignado con la intención de mantener un género binario.

La transexualidad no supone una distorsión ni una incongruencia. No hay trastorno de la identidad ni problema de la identidad en la infancia. No hay más conflicto ni disforia que el que la sociedad ha logrado crear. La transexualidad, lejos de ser algo abominable o abyecto, se ha desvelado una más de las expresiones de la diversidad humana. Por estas razones deberíamos poner el foco, no en el individuo (que es diagnosticado y patologizado), sino en el dispositivo de control que ejerce violencia contra las personas cuya identidad o expresión de género no normativos cuestionan el sistema de género binario (Gabaldon, 2016).

La transexualidad es un constructo que responde a una concepción antropológica y de la existencia normalizadora; una concepción que exalta los modelos estándar de perfección y de las normatividades sociales y, al mismo tiempo, subyuga a aquellos que difieren de la mayoría estadística a través de diferentes estrategias, una de ellas patologizando las diferencias. Es lo que pasó con la homosexualidad, que se constituyó como una alteración psiquiátrica el día en que se la categorizó médicamente en el año 1870 (Foucault, 2001), a raíz de la publicación del famoso artículo de Westphal sobre “Las sensaciones sexuales contrarias” y donde, curiosamente, también se describió el primer caso de transexualismo, sin llegar a definirlo como tal. Las rarezas del sexo, a partir de este momento y afianzadas por el pensamiento científico, pasaron a depender de una “tecnología de la salud y de lo patológico” (Foucault, 2005), y desde el momento que se vuelven objetos médicos o medicalizables son, en tanto que enfermedades, trastornos o síntomas, merecedoras de respuestas médicas.

Es cierto que en la última clasificación de la APA (DSM-5), como en la futura ICD-11 de la OMS, se ha intentado una corrección. El grupo de trabajo encargado de revisar el antiguo concepto de “Trastornos de Identidad de Género” tuvo que equilibrar dos cuestiones importantes: por un lado, el mantenimiento del acceso a la atención sanitaria y, por otro lado, reducir el estigma asociado a la búsqueda de atención de salud mental (Suess-Schwend, 2017). Para ello, cambió el nombre del diagnóstico de “trastorno de identidad de género” (DSM-IV) a “disforia de género”. Este cambio de nomenclatura hay que entenderlo también por las críticas al diagnóstico y por las presiones desde

grupos LGTBI, cada vez en mayor número y cada vez con una mayor presión social y política; defienden que la transexualidad no es un trastorno mental, y que este diagnóstico es estigmatizante, por lo que reclaman su salida de las clasificaciones psiquiátricas.

Atendiendo a estas reclamaciones, y a pesar de que lo que se demandaba era la salida del diagnóstico de las clasificaciones (tal y como ya ocurrió con la homosexualidad en el DSM-III), se planteó por parte de la APA el término “disforia de género”. Este término refleja un cambio en la conceptualización de los rasgos definitorios del trastorno, haciendo hincapié en el fenómeno de la “incongruencia de género”.

Pero esta situación no se arregla proponiendo un simple cambio de nombre sino mediante un proceso de “resemantización” crítico, y de denuncia y deconstrucción de lo que crean las actuales palabras. No hay que dejar de lado el hecho de que el lenguaje no solo describe el mundo, sino que también lo crea. La teoría queer invita a una reflexión teórica más amplia y más atenta a la multiplicidad de las diferencias sexuales. Se constituye como una crítica a la idea de que las identidades de género son inmutables y encuentran su arraigo en la naturaleza, en el cuerpo y en una heterosexualidad normativa y obligatoria. Nace de las ideas de Michel Foucault y posteriormente de Judith Butler sobre los procesos de subjetivación centrados en la discursividad de la sexualidad, para pasar a convertirse en la elaboración teórica y activista de la disidencia sexual, que a través de la resignificación del insulto (queer¹), consigue reafirmar que la opción sexual distinta es un derecho humano y no una mera desviación sexual o una perversión (Butler, 2007).

El proceso de aceptación de la identidad sexual no es un capricho, es un camino personal conflictivo al que se le suma una importante presión social, estigmatización, discriminación y, en muchas ocasiones, violencia que dan lugar a conflictos y síntomas que hay que contener y tratar, pues la ansiedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son más frecuentes en este colectivo.

En la infancia y adolescencia nos encontramos con un proceso de desarrollo rápido y en ocasiones dramático (tanto físico, como psicológico y sexual), y una mayor fluidez y variabilidad en los resultados, en

¹ Queer, es un término de la lengua inglesa que tiene diversos significados: como sustantivo es utilizado de manera peyorativa (maricón, lesbiana), como verbo transitivo (desestabilizar, perturbar, jorobar) y como adjetivo (raro, torcido, extraño).

particular cuando aún no han pasado por la pubertad. A partir de los dos años, niños y niñas pueden presentar características que podrían indicar comportamientos de género no normativos: expresar deseos de pertenecer al otro sexo y tener sentimientos de infelicidad respecto sus características físicas sexuales y sus funciones (Gabaldon, 2016).

Según la encuesta realizada por el National Transgender Discrimination Survey en el año 2010 en EEUU, el 78 % de las personas “no convencionales” en cuanto a su género sufre acoso escolar; de ellos un 35 % sufrió agresiones físicas y un 12 % violencia sexual. El acoso fue tan grave que llevo a un 15 % (casi una sexta parte) a abandonar la escuela o la universidad (Grant et al., 2010).

Pero no todos los menores trans tienen el mismo tipo de evolución y los mismos patrones de desarrollo. No existe una evolución lineal. No adquieren una conciencia de su transexualidad a la misma edad, no toman las mismas decisiones sobre sus vidas, ni todas las rupturas de las normas de género en la infancia o juventud implican una vida adulta trans, ni conciben sus cuerpos de la misma manera. Por ejemplo, hay jóvenes que necesitan explorar la ambigüedad, que no se quieren sentir encerrados en una identidad simple y esquemática y que no encajan en los moldes del sistema binario, y convierten su indefinición en una forma de ser y estar.

Muchos niños y niñas rompen con los modelos tradicionales y los comportamientos normativos de género con distinta intensidad. A veces, sucede durante toda su vida, a veces, sólo durante un período, un tiempo más o menos breve. No todos estos niños y niñas serán personas trans cuando sean adultas, de hecho, la gran mayoría no serán personas trans. Tampoco se tiene certeza de que vayan a ser homosexuales o bisexuales.

Es decir, que la ruptura de las normas del comportamiento que entendemos como masculino o femenino es tan frecuente que evidencia el hecho de que estas normas que organizan nuestra sociedad no encajan con la realidad de las personas de carne y hueso.

La tarea de los profesionales y de las familias es no adelantarse, no precipitarse a las necesidades e identidades posibles de los niños y jóvenes, no introducir etiquetas que puedan ser erróneas y estigmatizantes; hay que escucharlos en todo su proceso de maduración, apoyándoles durante su crecimiento y actuando desde la búsqueda del mayor beneficio para los menores.

Desde la ética clínica se puede aportar un punto de vista,

necesario y complementario: el análisis multidimensional de las decisiones médicas, para una práctica basada en los valores. Y con un nuevo imperativo, que en términos kantianos podría expresarse así: "estudia y trata a las personas de tal forma que los efectos de tus acciones supongan siempre, al menos, una mejora en su calidad de vida".

Nuestra obligación debe ser actuar pensando en “el interés superior del menor”, respetando en la medida de lo posible, la voluntad y los deseos del menor en un campo tan fundamental para la persona como es la construcción de la identidad de género y el libre desarrollo de la personalidad (Riaño Galán, del Rio Pastoriza, Chueca Guindulain, Gabaldón Fraile, & de Montalvo Jááskeläinen, 2018).

EL TRATAMIENTO

Las personas trans no demandan que se les atienda porque sufren una enfermedad o un trastorno, sino por los obstáculos sociales que encuentran en el libre desarrollo de sus derechos más fundamentales y por el sufrimiento con que tales dificultades llenan sus vidas. Justifican la ayuda sanitaria a la vez que exigen despatologizar la transexualidad basándose en el concepto de salud de la OMS, que propone un modelo que no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que debe incluir la “presencia de bienestar físico, psíquico y social”.

En líneas generales y ante esta demanda médica debemos preguntarnos: ¿Hasta dónde podemos llegar en la aplicación de tratamientos médicos? Entiendo que hasta donde uno quiera, según la necesidad sentida por cada persona; pero en este querer o en este decidir debemos velar para que se realice de una manera libre y autónoma, sin injerencias internas o externas, sin coacciones sociales y analizando la capacidad de comprender, valorar, razonar y expresar esta decisión, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales y, lo que es muy importante, personalizando cada situación.

Es primordial garantizar en la medida de lo posible un compromiso con las intervenciones que se piden. La valoración psicológica y el asesoramiento pueden ser defendidas como esenciales, tanto para aclarar los motivos de la modificación corporal y la naturaleza de sus efectos, como para ayudar a explorar algunas de las consecuencias físicas y psicológicas previsibles del cambio de roles de género, así como los efectos residuales del estigma asociado a la transición de género

y las implicaciones de la transición para la dinámica familiar y la escuela o el lugar de trabajo.

La evaluación el asesoramiento psicológico pueden ser instrumentos de éxito en la transición de género en lugar de impedimentos para el ejercicio de la elección (Murphy, 2016). Sin embargo, la evaluación y el asesoramiento no son igualmente valiosos o necesarios para todas las personas. Si es así, estos procesos deben ser opcionales, nunca obligatorios. El papel de psicólogos y psiquiatras debe limitarse a tratar el malestar, si realmente existe, de las personas y no se debe intentar tratar la identidad del género cruzado.

Pero hay riesgos asociados a este hecho, uno de ellos es que a nivel social nos estemos moviendo con criterios de “formación reactiva”, es decir que veamos como única salida para los niños, niñas y adolescentes fomentar un tránsito a un género deseado como remedio adaptativo a las normatividades de género sociales y culturales (Gabaldon, 2016). Otro riesgo a tener en cuenta es que la transexualidad puede atraer a un número importante de personas que tienen problemas de salud mental y emocional a las que es importante detectar, entender y no dejar desasistidas.

Hay que individualizar cada situación. Es importante mantener una actitud prudente y de escucha, sin confundir esta prudencia con la inacción o el miedo, siendo aconsejable un seguimiento riguroso y continuo del menor y de su familia, hasta el cumplimiento de la mayoría de edad, insistiendo en el hecho de que no hay una transición adecuada sin un adecuado apoyo a nivel familiar y social (sobre todo escolar). Los profesionales de la salud mental pueden ayudar a las familias a tomar decisiones sobre el momento y el proceso de cambio en el rol de género de sus hijos o hijas pequeñas, si este es necesario, proporcionando información y ayudando a los padres a considerar los beneficios potenciales y los retos de cada opción y valorando los posibles rechazos familiares.

Cabe recordar que las interferencias y el retraso en la implementación de intervenciones médicas oportunas (hormonales) para adolescentes pueden prolongar el malestar y contribuir a una apariencia que podría provocar abusos y estigmatización (Gabaldon, 2016).

Los profesionales de la salud debemos partir de la máxima de que lo que no es metodológicamente correcto, no es éticamente aceptable, y bajo esta premisa, pienso que son buenos referentes y adecuadas guías de trabajo por un lado el documento realizado por la WPATH (The World Professional Association for Transgender Health)

sobre “Standards of Care: for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people”, documento que se basa en la evidencia clínica y científica y que se actualiza periódicamente (su última revisión se ha realizado en el año 2012). En este documento se destaca la necesidad de apoyarse en un seguimiento riguroso y continuo del menor y de su familia, hasta el cumplimiento de la mayoría de edad, insistiendo en el hecho de que no hay una transición adecuada sin un adecuado apoyo a nivel familiar, social y sobre todo escolar (WPATH, 2012).

Por otro lado la nueva guía de consenso internacional sobre el tratamiento de las personas con Disforia de Género/ Incongruencia de género, aporta una guía actualizada y consensuada para los tratamientos endocrinológicos y propone las siguientes pautas (Hembree et al., 2017):

Necesidad de un manejo multidisciplinar, continuado en el tiempo y con respuestas personalizadas.

Es esencial el papel de los psicólogos, bien informados y formados, con experiencia, y dispuestos a participar en el cuidado continuo en la transición.

Se debe evitar dañar con tratamiento hormonal a las personas que tienen condiciones distintas de la incongruencia de género y que pueden no beneficiarse de los cambios físicos asociados con este tratamiento.

Es urgente realizar investigaciones para disponer de resultados basados en ensayos controlados prospectivos, que permitan mejorar la calidad de la asistencia a estas personas.

Desde la Asociación Española de Pediatría (AEP) se formó recientemente una comisión de estudio para consensuar un posicionamiento sobre la diversidad de género en la infancia y adolescencia, en el que se destaca que la identificación de la diversidad de género es un proceso que además de acompañamiento exige coordinación y un trabajo multidisciplinar que mejore la atención y ayude a obtener mayores evidencias que, a día de hoy, faltan y recomienda poner el acento en un cambio de mirada social, capaz de superar los estereotipos que suponen discriminación y aumentan el sufrimiento (Riaño Galán et al., 2018).

CONSIDERACIONES A NIVEL SOCIAL Y ESCOLAR

Considero urgentes las intervenciones desde todos los ámbitos: el educativo, el legislativo, y el de la salud para erradicar el rechazo, la violencia y el acoso que pueden recibir estas personas especialmente durante la infancia y adolescencia. Es de desear que sus entornos, sobretudo la

escuela, se conviertan en espacios habitables en los que puedan explorar con seguridad su identidad y expresión de género sin miedo a la violencia, evitando lo que M. Foucault denominaba “exclusiones incluyentes”, una falsa inclusión donde se tolera y se integra al “otro” pero que sigue marcado como “otro”, creando falsas tolerancias.

Desde que la enseñanza es un derecho y es obligatoria en la infancia, los mecanismos de exclusión se han reformulado y transformado detrás de las políticas de inclusión. Por este motivo la inclusión escolar en contextos de exclusión no garantiza una inclusión real si no se piensa en ella como un proceso que involucra a su vez la superación efectiva de las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales que históricamente producen exclusión, poniendo en cuestión la epistemología normativa de la escuela.

Parece ineludible hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la variabilidad de género. Desde el marco legal, se debería promover la tolerancia social y contribuir a la lucha contra la violencia de género en el espacio público y privado.

Es responsabilidad de la Administración Pública garantizar la asistencia de la salud de todas las personas de una manera digna, rigurosa y científica.

Y es importante que tengamos en cuenta que ante las presiones de no psicologizar podemos condenar a una “orfandad terapéutica” a estos niños, niñas y adolescentes en situaciones de especial vulnerabilidad.

CONCLUSIÓN

Considerar socialmente la transexualidad como una situación peor y no deseada es la principal causa de discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de la persona. El reto es no considerarla una deficiencia, una situación peor y no deseada, y verla simplemente como una diversidad; una diversidad donde la diferencia no debe ser tamizada por tratamientos y actitudes patologizantes, una diversidad donde nos cuestionemos constantemente los parámetros de normatividad y normalización social presentes en la cultura y la sociedad en la que vivimos.

El respeto a las personas trans no consiste en “tolerar” las expresiones no convencionales de género; no sólo hay que cambiar las leyes para prohibir la discriminación, sino que forma parte de un “imperativo ético” más amplio que supone su reconocimiento; reconocer un valor positivo en la diversidad. Es decir, el respeto depende de un

reconocimiento del valor de “lo otro”, de lo distinto a uno mismo.

Es un imperativo ético reconocer un valor positivo en la diversidad. Sobre este aspecto es de destacar la contribución del filósofo alemán Axel Honneth, que formuló la “teoría del reconocimiento recíproco”. Honneth comenta que el reconocimiento posibilita transformar las relaciones conflictivas en relaciones de cooperación, a través de prestar atención a las necesidades de los miembros de la relación (Honneth, 1997). En el caso de los niños, niñas y adolescentes, reconocerlos permite transformar una situación conflictiva en una situación de cooperación para afrontarla de una manera más tranquilizadora para todos.

Honneth habla de tres “esferas del reconocimiento” que han de darse progresivamente:

La primera, denominada “reconocimiento emocional”, se concreta en ser aceptado tal y como uno es. Se ha de reconocer al niño y al adolescente en su individualidad, en su contexto personal y social. Este reconocimiento genera autoconfianza.

La segunda, el “reconocimiento legal”, se concreta en ser sujeto de derechos y deberes y es generador del autorespeto.

Y por último el “reconocimiento social”, que se concreta en reconocer las contribuciones positivas. En otras palabras, respetar el grado de autonomía que tenga la persona en cada momento, dejándole ejercer sus derechos progresivamente según su madurez, escuchándolo y educando sus valores y expectativas. Este reconocimiento genera autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. Düsseldorf: Symposium Publishing.
- Butler, J. P. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós. (Orig. 1990)
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- Forcades, T. (2012). La medicalización de los problemas sociales. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(SUPPL. 5), 803–809. <https://doi.org/10.1590/>

S0864-34662012000500013

- Foucault, M. (2001). *Los anormales : curso del Collège de France, 1974-1975*. Madrid: Akal Ediciones. (Orig. 1999)
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber*. Madrid. Siglo XXI. (Orig. 1976)
- Gabaldon, S. (2016). La transexualidad medicalizada: una mirada ética. *Bioética & Debate*, 22(79), 3–8.
- Gabaldón, S. (2007). Aspectos éticos del diagnóstico en psiquiatría. *Bioética & Debate*, 13(49), 1–5.
- Grant, J. M., Mottet, L. a, Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2010). Injustice at Every Turn. *National Center for Transgender*. [https://doi.org/10.1016/S0016-7878\(90\)80026-2](https://doi.org/10.1016/S0016-7878(90)80026-2)
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 059. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- Murphy, T. F. (2016). Should Mental Health Screening and Psychotherapy Be Required Prior to Body Modification for Gender Expression? ... *AMA Journal of Ethics*. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1079. <https://doi.org/10.1001/JOURNALOFEETHICS.2016.2016.11.ECAS2-1611>
- Reich, W. (2001). El diagnóstico psiquiátrico como problema ético. In S. Bloch, P. Chodoff, & S. A. Green (Eds.), *La ética en psiquiatría* (pp. 190–216). Madrid: Editorial Triacastela. (Orig. 1999)
- Riaño Galán, I., del Rio Pastoriza, I., Chueca Guindulain, M., Gabaldón Fraile, S., & de Montalvo Jááskeläinen, F. (2018). Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar. *Anales de Pediatría*. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.012>
- Soley-Beltran, P. (2009). *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Suess-Schwend, A. (2017). Gender Diversity in Childhood: A Human Right. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2519–2520. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0938-0>
- WPATH. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming people - WPATH World Professional Association for Transgender Health. Retrieved May 7, 2018, from <https://www.wpath.org/publications/soc>

GRUPOS MULTIFAMILIARES: UN NUEVO ABORDAJE TERAPÉUTICO EN LA ADOLESCENCIA*

MULTIFAMILY GROUPS: A NEW THERAPEUTIC APPROACH IN ADOLESCENCE

Nicolas Rabain Lebovici**, Sebastián D'Agostino Ermacora***, Liza Benaym**** y Norberto Mascaró Masri*****

RESUMEN

El psicoanálisis multifamiliar, que consiste en la reunión de varios pacientes con sus padres alrededor de co-terapeutas, es todavía poco conocido en Europa. El objetivo de este trabajo es promover este nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia. Dicho dispositivo, por su parte, favorece el “desinvertimiento” de los objetos parentales, paradójicamente en presencia de aquellos.

Apoyándonos sobre un material inter- y transgeneracional, y sobre los juegos identificatorios entre los participantes, intentaremos demostrar cómo las asambleas multifamiliares estimulan las capacidades asociativas, potencian la elaboración de los conflictos psíquicos y promueven un nuevo despliegue de la libido sobre objetos sustitutos. Nuestra contribución aspira, en definitiva, a fomentar la orientación psicoanalítica de este tipo de abordaje terapéutico, también heredero de la orientación sistémica.

Palabras clave: Adolescencia – Conflicto psíquico – Elaboración – Intergeneracional – Psicoanálisis multifamiliar

ABSTRACT

Multi-family psychoanalysis, which consists in gathering several patients and their parents together with co-therapists, is barely known in Europe. The objective of this paper is to contribute to the promotion of this original therapeutic approach for adolescents. Indeed, this kind of therapy contributes to the various operations leading to parental objects' decathexis, paradoxically in their very presence.

Using the inter- and transgenerational material and the play of identifications among participants, we point out how multi-family gatherings reinforce the ability to associate, to relaunch conflictuality and redeploy libido onto objects of substitution. Our contribution aims in fine at promoting the psychoanalytic approach of the multi-family therapies, which is also inspired by the systemic approach.

Keys words: Adolescence – Conflict – Elaboration – Intergenerational – Multi-family psychoanalysis

* Taller presentado en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título “Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social” fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Psicólogo clínico, Profesor asistente – Departamento de Estudios Psicoanalíticos, EA 3522, Universidad Paris Diderot. E-mail: nrabain@hotmail.com

*** Psiquiatra Infante Juvenil – Fundació Orienta, Baix Llobregat, Barcelona. E-mail: sedagostino@hotmail.com

**** Psicóloga clínica. E-mail: liza.benaym@gmail.com

***** Psiquiatra, Psicoterapeuta psicoanalítico, IMQ-AMSA, Bilbao. E-mail: npmascaro@yahoo.es

¿Por qué elegir un grupo terapéutico multifamiliar en una consulta para adolescentes? ¿Por qué reunir a dos generaciones en un mismo espacio terapéutico justo cuando debe producirse su separación y su paulatino alejamiento?

Los grupos multifamiliares, que consisten en la reunión de varios pacientes con sus padres alrededor de co-terapeutas, son todavía poco conocidos en Europa. En este trabajo, intentaremos abordar primero la historia del psicoanálisis multifamiliar (1). Después, presentaremos el encuadre del dispositivo multifamiliar tal como existe en la Argentina (2). Continuaremos relatando las modificaciones que debimos realizar al encuadre multifamiliar argentino para desarrollarlo en Francia (3). Y, finalmente, presentaremos a un grupo analítico multifamiliar que establecimos en París, compuesto por cinco pacientes adolescentes y sus padres. Con ello, podremos ilustrar las especificidades del proceso grupal multifamiliar en adolescentes y sobre todo, cómo las asambleas multifamiliares estimulan las capacidades asociativas y sostienen la elaboración de los conflictos psíquicos (4).

I EL MODELO MULTIFAMILIAR: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

Un grupo multifamiliar psicoanalítico se puede definir como “un espacio terapéutico jerarquizado para el tratamiento de diversas patologías mentales. Representa una mini-sociedad de familias de distintos orígenes y con diferentes problemas que participan en una experiencia común, en donde pueden compartir su sufrimiento psíquico, confrontar sus dificultades y ser sostenidos en el tiempo” (Mascaró Masri, 2000). El pionero en este tipo de experiencias es Jorge García Badaracco (1923-2010), médico argentino que luego de haber realizado su formación en psiquiatría y psicoanálisis en París regresó a Argentina en 1957. En 1958 gana el concurso para jefe de un servicio de Salud Mental del “Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires” -actualmente Hospital Municipal José T. Borda- (Macchioli, 2013).

Las condiciones del hospital no eran ideales debido al exceso de pacientes y escasez de personal (García Badaracco, 2000, p. 33), por lo que propone una transformación. En primer lugar, un cambio en la organización del espacio físico -donde se encontraban internados cuarenta pacientes considerados crónicos- para comenzar a sostener grupos de forma diaria (García Badaracco, 2006a, p. 59). Una de las motivaciones que lo lleva a hacerlo fue el deseo de ayudarlos a salir

de la condición autista y de encierro emocional que observaba entre los pacientes. Observaciones similares, que se venían haciendo desde hacía mucho tiempo por diversos autores, fueron motivando formas de trabajo terapéutico que se concretaron alrededor del concepto de “comunidad terapéutica”, propuesto a principios de la década del cincuenta (Maxwell Jones, 1953). Es decir que la inspiración más importante surgía de la dimensión socio-terapéutica.

García Badaracco llegaba a Argentina con la idea de que el psicoanálisis podía aplicarse con propiedad a los pacientes mentales graves. Realizó tratamientos individuales con pacientes psicóticos pero se daba cuenta que no era suficiente; que más allá de todo el esfuerzo terapéutico, había otros factores que influían de manera decisiva. Éstos provenían fundamentalmente del medio en el que el paciente vivía y de su historia familiar. Propuso revisar la concepción psicoanalítica para replantearla, saliendo del contexto individual paciente-analista hacia un contexto ampliado. Esta mutación institucional se produjo en 1964 (García Badaracco, 1989). El objetivo que perseguía era cambiar la estructura verticalista autoritaria, y poder utilizar los aspectos democráticos al servicio de un trabajo terapéutico. El cambio implicaba no hacer sentir al paciente que tiene una enfermedad ni ser reconocido dentro del servicio a través de un diagnóstico, sino que se perciba como una persona con dificultades en su mundo interno y en su relación con los demás, pudiendo ser desde allí que se trabaje para ayudarlo. Respecto del lugar de la psicofarmacología, el objetivo perseguido era que los aportes de la misma se integren a este enfoque y no que se desarrolle de manera aislada o propuesta como único tratamiento (García Badaracco, 1995).

Las primeras reuniones eran silenciosas. Los pacientes no hablaban. Los silencios eran prolongados. El objetivo era dar lugar a que se desarrollaran los acontecimientos sin introducir ninguna presión, reconociendo que estaban haciendo una experiencia nueva en la que debían respetar en silencio a las personas que estaban allí, para las cuales ese tipo de reunión era algo tal vez mucho más nuevo y por lo tanto más amenazador (García Badaracco, 2006a). Tratándose de pacientes psicóticos aparecían por supuesto “cosas locas”, pero también otros intervenían planteando problemas serios y reflexiones profundas que a menudo los sorprendían, demostrando partes sanas muy importantes (García Badaracco, 2000). Era una comprobación sistemática sobre lo que W. R. Bion refiere

acerca de que en los enfermos mentales existe una parte psicótica y otra neurótica de la personalidad (Bion, 1957). En otros casos, el paciente a quien se dirigían tratando de solicitar su participación, podía enojarse mucho con los profesionales con una reacción violenta e inesperada.

García Badaracco plantea la hipótesis de que estas maneras extrañas eran formas de ponerlos a prueba con el objeto de poder percibir si los profesionales eran personas confiables. Lo que llamó “puesta a prueba por los pacientes” no la entendió como una acción conciente, sino más bien como una prueba inconsciente que los pacientes realizaban hacia los profesionales (García Badaracco, 2006a, p. 62-63). Es decir, se trataba de una manera de colocarlos en una situación difícil, en la que no sabían cómo responder, un “callejón sin salida”, una situación dilemática – muy en relación con el “doble vínculo” (Bateson, 1956). Badaracco percibía que muchos pacientes se comportaban de esta manera sin poder evitarlo. Era algo compulsivo. La necesidad de hacer sentir el maltrato con que habían sido tratados parecía una forma de venganza pero con la persona del terapeuta. En cuanto el paciente se sentía comprendido de que era, en alguna forma, una víctima de lo que le pasaba y no un victimario, comenzaba a darse la posibilidad de un cambio. A partir de allí comenzaba a ser capaz de encontrar recursos internos para empezar a pedir ayuda y dejarse ayudar, lo cual constituye un funcionamiento de mayor autonomía.

García Badaracco proponía presentarse frente al paciente como una persona real, en una relación de igualdad y reciprocidad que incluya respeto, sinceridad y, por sobre todas las cosas, la posibilidad de identificarse con el sufrimiento del otro; como vía para establecer un vínculo auténtico que permita al paciente sentir que cuenta con alguien (Mitre, 2003). A medida que se comenzaron a dar mejorías, se planteaba la posibilidad de externar a algunos pacientes. Re-integrar al paciente a la sociedad era algo que llevó necesariamente a tener que ponerse en contacto con la familia. Desde mediados de la década del cuarenta, en la literatura de la especialidad habían comenzado a aparecer trabajos sobre la influencia de la familia como totalidad en las enfermedades mentales y, en particular en los Estados Unidos, se comenzaba a practicar la terapia de familia. También en la Argentina, Pichon-Rivière había comenzado a hacer terapia familiar con pacientes psicóticos (García Badaracco, 2006a, p. 64-66).

Es entonces en 1965, con la inclusión de las familias a los grupos que se venían sosteniendo, cuando comenzaron a

funcionar los grupos multifamiliares (García Badaracco, 1989, p. 39). La visualización de las semejanzas entre familias, lo cual permite la metaforización de la situación, lo propone Badaracco como una de las funciones terapéuticas más importantes (García Badaracco, 2000, p. 90-91). La complejización fenoménica en ese campo de trabajo llevó a diferentes reacciones. Lo novedoso era poder trabajar en la articulación entre unas y otras familias haciendo surgir la riqueza de las semejanzas, las diferencias y las contradicciones para generar nuevas organizaciones individuales y familiares al mismo tiempo.

El grupo multifamiliar se constituyó en una matriz terapéutica en cuanto a comportarse como un continente de los componentes más enfermos y de los momentos más regresivos de los pacientes. Aparecían conductas compulsivas y disruptivas, que brindaban una imagen del paciente muy diferente a la que se podía tener viéndolo en el consultorio. Con la creación de los grupos de psicoanálisis multifamiliar, García Badaracco pudo observar el funcionamiento mental de los pacientes mentales graves en interacción con el mundo y con ellos mismos. Observó que la red de interacciones en los funcionamientos mentales patológicos está realimentada en relaciones de interdependencia que actúan con poder patógeno (Mitre, 2003).

A medida que la experiencia de los grupos fue avanzando, el entusiasmo fue en aumento con los cambios que se iban logrando porque después de los aspectos más enfermos, los pacientes podían empezar a mostrar las posibilidades más sanas. Para cada persona, los otros en el grupo multifamiliar representan un contexto y una pantalla que sirve para proyecciones y desplazamientos de distintos contenidos. La mayor dificultad se presentaba siempre entre el paciente y la familia propia. Reconoció que todos los conflictos que empezaron a presentarse tenían que ser tomados como oportunidades privilegiadas para poder ver directamente la realidad de las relaciones en el contexto de la convivencia, y poder incluirse terapéuticamente en el campo conflictivo que se evidenciaba en la conversación (García Badaracco, 2000, p. 34-36).

Uno de los acontecimientos más novedosos resultó descubrir que en la enfermedad mental se jugaban relaciones que tenían un “poder enfermante” (García Badaracco, 2006, p. 68). Cuando una familia se incluye en un contexto ampliado, son las otras familias las que le dan el continente emocional y le permiten ver en las otras familias lo que no pueden ver en la propia.

El verse reflejado en otras familias, escuchar lo que les pasa, favorece la comparación y eso enriquece el campo psicológico de los fenómenos que son necesarios comprender para entenderse a uno mismo (García Badaracco, 1995). A través de experiencias vivenciales compartidas por muchos, se genera una solidaridad grupal, que hace surgir un fenómeno muchas veces nuevo en la vida de los seres humanos, que es el de poder contar con otro.

La experiencia acumulada a través de los años permitió comprobar que un grupo multitudinario se puede ir preparando para contener todo tipo de patologías, diferencias culturales y comportamientos extraños. Resultó evidente que los grupos multifamiliares podían funcionar como recurso terapéutico valioso en instituciones psiquiátricas – de internación completa o no – y como complemento de los tratamientos ambulatorios en los servicios de consultorios externos.

El psicoanálisis multifamiliar se ha diseminado más allá de Argentina y actualmente existen grupos multifamiliares en Italia, Uruguay, Portugal (Simond, 2012, p. 183), España – en Bilbao, desde 1984 (Mascaró Masri, 2000) –, y más recientemente en Francia, en una forma más psicoanalítica (Rabain, Bourvis, 2016). Facilita un trabajo con la virtualidad sana de cada participante y un trabajo con lo que García Badaracco llamó las interdependencias patógenas de los participantes para permitir el desarrollo de los recursos yoicos.

II ENCUADRE DEL DISPOSITIVO MULTIFAMILIAR EN ARGENTINA

En Argentina, el psicoanálisis multifamiliar se encuentra desde el principio en la encrucijada entre dos abordajes. Por un lado, la teoría psicoanalítica que propone un estudio intrapsíquico del inconsciente y, por el otro, el modelo sistémico que se interesa por los fenómenos interpersonales dentro de un sistema. De este modo, a la vez que toma en cuenta la dimensión inconsciente de los conflictos psíquicos, se descentra del inconsciente individual permitiendo un estudio del inconsciente abierto a la trama familiar. Se entiende a la trama familiar de origen como una estructura compleja, constituida por las personas del entorno familiar de origen, formada por múltiples interdependencias recíprocas conscientes e inconscientes y por influencias transgeneracionales.

García Badaracco se interesa por la dimensión vincular de los conflictos psíquicos. Según él, la patología mental resulta de las interdependencias patógenas entre una persona y su trama familiar. Esas interdependencias

patógenas corresponden a las propuestas de vínculo patológico, alimentado recíprocamente por ambos, y que mantienen la repetición de situaciones traumáticas y del sufrimiento psíquico (García Badaracco, 2008). Sin embargo, a pesar del sufrimiento que generan y de la patología en la cual encierran a los individuos, esos vínculos dan una cierta sensación de seguridad; pertenecen a lo que el individuo siempre conoció. En otras palabras, la resistencia al cambio suele ser tal, que los individuos mantienen generalmente esos vínculos que enferman hasta que logran desarrollar recursos yoicos nuevos que les permiten “desarmar el poder enfermante de las interdependencias patógenas en las que esa persona ha quedado atrapada” (García Badaracco, 2006b).

El psicoanálisis multifamiliar se practica en Argentina en grupos grandes, que pueden reunir hasta cien personas. Los grupos son abiertos a las familias de los participantes, y a veces también a toda la comunidad: “Aunque subrayamos siempre la importancia de la constancia en la asistencia, el encuadre abierto propuesto permite toda libertad de presencia y de pedido de hablar. Es posible venir acompañado por quien uno quiera.” (Bar de Jones, 2015). Una vez finalizada cada sesión del grupo multifamiliar, los profesionales se reúnen para llevar a cabo lo que se denomina ateneo; una reunión de elaboración sobre lo sucedido. La originalidad de este reunión es que, en algunos grupos, los pacientes pueden también asistir y participar de los intercambios. Como señala Graciela Bar de Jones: “Esta reunión también permite no irse a casa demasiado ‘cargado’ por los efectos de la multifamiliar en la que se acaba de participar.” (Bar de Jones, 2015).

El equipo de coordinadores, constituido generalmente por psicólogos y psiquiatras, es garante del “clima” de respeto y de neutralidad; lo cual favorece el surgimiento de las vivencias psíquicas de los participantes del grupo. Para preservar dicho clima, los coordinadores tienden a abstenerse de interpretar o intervenir en un modo intelectual. Esto demuestra que los mismos también están implicados en un nivel emocional, y atentos a sus propias vivencias: “Los descubrimientos infinitos acerca de nosotros mismos y los procesos de cambio psíquico logrados en este clima de seguridad, respeto y confianza, no son experimentados sólo por los pacientes sino también por nosotros, los terapeutas.” (Mitre, 2016, p.178)

Una vivencia es un conjunto de emociones vinculadas a un recuerdo inconsciente e inaccesible. Es el descubrimiento del recuerdo lo que permite recuperar una temporalidad: el pasado vuelve a ser pasado. Esto

ocasiona una interrupción del ciclo de repetición. Las vivencias son convocadas por la escucha de vivencias de otros participantes y pueden, a su vez, compartirse con el grupo. De esta manera se perfila, por resonancias sucesivas, el hilo asociativo de la sesión de psicoanálisis multifamiliar. Éste ofrecerá a cada uno, apoyado por el equipo de coordinadores, la posibilidad de analizar sus presencias inconscientes e interdependencias patógenas con su trama familiar.

El trabajo del terapeuta se enfoca en rescatar la parte sana del paciente. Trabajar de esta manera implica tomar en cuenta la capacidad potencial en la mente humana, más allá de la gravedad de enfermedad. Esto contribuye a revertir el déficit de recursos yóicos a través de un proceso terapéutico, en un contexto de seguridad. De esta forma, se logra desarmar el poder enfermante de las presencias enloquecedoras en su mundo interno. Esta mirada del terapeuta favorece una identificación: “Los pacientes y yo mismo nos parecíamos más en los ‘aspectos sanos potenciales’, y que era a partir de ese ‘parecido’ que iba a ser posible ayudarlos, y no desde las ‘diferencias’ que marcaba la patología.” (García Badaracco, 2006). De la misma manera que el entorno, el terapeuta también puede participar en el proceso de enfermar o curar según se enfoque en la “parte enferma” o la “potencialidad sana” del individuo. El psicoanálisis multifamiliar propone esta nueva mirada que favorece el desarrollo de interdependencias recíprocas normogénicas con poder curativo.

Badaracco define el proceso terapéutico como una sucesión de cambios. Esos cambios operan no sólo a nivel interpersonal, entre el individuo y su entorno, sino también a nivel intra-subjetivo por sus vivencias. El proceso terapéutico favorece que se reanude el desarrollo psico-emocional del individuo que estaba bloqueado. De este manera, el individuo va a atravesar etapas de su desarrollo que no pudo vivir antes. Lejos de ser lineal, este camino encontrará obstáculos, avances y regresiones, hasta que el individuo logre apartarse de sus interdependencias patógenas.

Ahora, ¿cuáles son los reordenamientos que Nicolás Rabain tuvo que aplicar al encuadre multifamiliar argentino para desarrollarlo en Francia?

III ENCUADRE DEL DISPOSITIVO MULTIFAMILIAR EN FRANCIA

Introducir el psicoanálisis multifamiliar en Francia fue bastante difícil. Después de unos años de insistencia, algunos analistas reconocieron que este dispositivo era

una herramienta eficaz en el tratamiento de pacientes resistentes a terapias clásicas como, por ejemplo, las psicoterapias individuales, familiares o grupales mono-generacionales. Además, se dieron cuenta de que los grupos multifamiliares podían estar indicados para pacientes que presentaban cualquier tipo de perfil psicopatológico. Y más específicamente en la adolescencia, que estos grupos contribuían a distintas operaciones que conducían al desinvestimiento de los objetos parentales – paradójicamente con la presencia de aquellos. En 2015, el Profesor David Cohen nos permitió armar un grupo analítico multifamiliar pionero en su Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital La Salpêtrière (Rabain y Bourvis, 2016). Adoptamos un abordaje tanto desde una perspectiva intra-psíquica – basándose en la metapsicología freudiana – como desde una perspectiva intersubjetiva.

Si bien frecuentemente la ausencia de los padres no impide el trabajo psicoterapéutico con un adolescente, lo cierto es que a veces se puede convertir en un obstáculo. Incluirlos en un grupo multifamiliar permite observar las interacciones reales entre los pacientes jóvenes y sus padres desde una perspectiva intersubjetiva, refiriéndose esta vez a las teorías de la relación de objeto. Por eso, el psicoanálisis multifamiliar constituye una alternativa interesante para ciertos jóvenes reticentes a otro tipo de terapias ya conocidas. Si la inclusión de los objetos parentales puede ser un problema en la adolescencia, en estos grupos constituye, por el contrario, un eje terapéutico. ¿Por qué? Ya que dar lugar a la expresión de los conflictos reales entre los adolescentes y sus padres favorece su elaboración. Los grupos multifamiliares invitan, entonces, a que unos y otros puedan expresar con palabras y con emociones aquellos conflictos psíquicos insuficientemente elaborados.

Es por ello que las asambleas multifamiliares se caracterizan por intercambios de fuerte carga emocional y movimientos psíquicos individuales bastante importantes que emergen a partir de una dinámica grupal particularmente compleja. En los grupos argentinos, se abordan los conflictos intergeneracionales y luego se promueve una restauración parcial del narcisismo de los participantes. Para lograrlo, los co-terapeutas intentan favorecer el refuerzo del Yo de los pacientes. Como lo mencionaron mis dos colegas, J. García Badaracco evoca el desarrollo de un Yo considerado “sano” y lo opone a un Yo “patológico”. Tendremos que volver sobre este punto que marca una primera diferencia entre los grupos argentinos y franceses. ¿Cómo funciona este primer

grupo analítico multifamiliar en Francia? ¿Qué comparte con los grupos multifamiliares argentinos y cuáles son sus particularidades?

Lo que tienen en común es que ambos se apoyan sobre los movimientos identificatorios y contra-identificatorios entre los participantes. A su vez, dichos procesos se realizan sobre un material inter- y transgeneracional. A partir de esto, las asambleas multifamiliares estimulan las capacidades asociativas, potencian la elaboración de los conflictos psíquicos y promueven un nuevo despliegue de la libido sobre objetos sustitutivos. Aspiran entonces a sostener la elaboración de las problemáticas edípicas y pre-edípicas de los adolescentes, al igual que los tratamientos individuales.

Dichos grupos pueden ser indicados para pacientes con contraindicación de terapias individuales, frecuentemente por su incapacidad a tolerar la masividad de la transferencia que caracteriza la situación dual. En un grupo multifamiliar, la transferencia es “múltiple” (Mandelbaum, 2009, p.10); es decir que está difractada: lateralmente sobre los otros pacientes, verticalmente sobre los coordinadores del grupo y también sobre el grupo como objeto total. (Rabain y Bourvis, 2016). Los pacientes que tienen pocas capacidades de conflictualización pueden también sacar provecho de este dispositivo porque favorece un refuerzo del proceso de simbolización.

Las particularidades del grupo multifamiliar parisino son las siguientes: si consideramos la capacidad de confrontación en la realidad de los pacientes jóvenes con sus padres, y la capacidad de aquellos a tolerar la agresividad de sus hijos, los co-terapeutas franceses se focalizan más sobre la realidad psíquica y la vida fantasmática. Es decir que decidimos priorizar los conflictos internos sobre los conflictos externos. Desde esta perspectiva, abandonamos las nociones de “plasticidad sana”, de “refuerzo del Yo” y de “adaptación Yoica” utilizada por García Badaracco. El abordaje de la conflictividad interna de los pacientes implica la consideración de su destructividad, de su odio y de su crueldad hacia los objetos investidos. Si no, ¿cómo trabajar la elaboración de los movimientos de ambivalencia de los pacientes? Por eso, eliminamos de la teorización que hizo García Badaracco las referencias a la psicología del Yo y resaltamos las nociones de “fantasía” y de “realidad psíquica”.

Según nuestra experiencia, la expresión de los conflictos intersubjetivos inducida por la presencia real de los objetos parentales constituye un factor que refuerza la conflictividad interna de los adolescentes caracterizados por una pobreza asociativa. Consecuencia importante de

este nuevo enfoque: para los co-terapeutas, se trata más de contribuir a la elaboración de los conflictos internos que a la descarga de los conflictos externos.

IV EXPERIENCIA CLÍNICA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES “ADICTOS” EN PARÍS

El grupo incluía cinco pacientes adolescentes y sus padres. Para cada paciente, hicimos una entrevista familiar previa para confirmar la indicación de inclusión al grupo. Hoy abordaremos tres viñetas clínicas de adolescentes procedentes de tres familias:

- Vanesa, 17 años, tiene una adicción a la marihuana, problemas de conducta y problemas escolares desde sus trece años. “¡Es la primera y la última vez que me ven!”, declara en la primera entrevista en presencia de sus padres y de su hermano. Prevalece un clima de tensión explosiva. Vanesa y su hermano formulan reproches de manera cruda y provocativa a sus padres, que no reaccionan: “¡Cállense la boca; hablan mierda; no sirven para nada!”
- Scheherezade, 15 años, propensa a auto-lacerarse, salió hace poco del servicio de internación del mismo hospital donde fue hospitalizada después de un intento de suicidio por ingesta de medicamentos. Muy buena alumna, era víctima de bullying desde sus seis años. Es hija única y sus padres están en un proceso de divorcio. En la entrevista preliminar, se queda muda y angustiada mientras su madre se queja de todo. El padre tampoco dice nada.
- Hipólito, 16 años, consume marihuana diariamente. Su hermano mayor, también incluido en el grupo, tiene adicciones a los videojuegos. Hipólito fue internado dos veces debido a un síndrome depresivo con ideas suicidas y elementos psicóticos tales como un sentimiento de despersonalización. En la primera entrevista con su familia, Hipólito está hipotónico y su tono de voz es monótono. Se revitaliza sólo cuando habla su hermano.

Generalmente, la inclusión de varios pacientes en un grupo terapéutico genera en primer lugar una reactualización de angustias de persecución y de depresión (Anzieu, 1974). En nuestra experiencia, dichas angustias arcaicas se manifestaron en las entrevistas previas y no en las primeras asambleas multifamiliares. Con lo cual el proceso grupal se dividió en tres etapas que

no correspondían a la teoría de Didier Anzieu.

Tiempo 1: la ilusión grupal

El primer encuentro entre los participantes genera una curiosidad y una tendencia a la comparación; los adolescentes y sus padres empiezan a apoyarse sobre movimientos identificatorios, lo que ya estimula las capacidades asociativas. En el grupo, Vanesa y Scheherezade arman un vínculo “en espejo”, que facilita la disminución de las tensiones emocionales generadas por la situación grupal.

El clima emocional de las primeras sesiones está caracterizado no sólo por euforia y entusiasmo, sino también por respeto, pudor y atención aguda entre los participantes. En otras palabras, esta etapa es a-conflictiva y permite el nacimiento del grupo, constituyéndose como “objeto libidinal”. Para que se desarrolle y se organice, se necesita hacer alusiones al estado emocional del grupo: “hoy, el grupo está dormido / tenso / excitado / silencioso...”, etc.

Después de dos meses, decidimos no incluir nuevas familias. Allí nacieron tensiones emocionales mucho más intensas. Fue el fin de la ilusión grupal.

Tiempo 2: de un grupo abierto a un grupo cerrado

En una sesión, el padre de Hipólito se pone muy agresivo. Consecuencia: Vanesa y su hermano, tranquilos en un principio, vuelven a agredir a sus propios padres como en la entrevista familiar: “¡Cállense la boca, hablan mierda!”, etc.

La bronca que tienen contra el padre de Hipólito se desplaza sobre sus propios padres que siguen siderados y mudos hasta que reacciona de manera explosiva la madre de Hipólito: “¡Es intolerable que hablen así a sus padres! Ellos intentan criarlos y si no lo logran, ¡hacen lo que pueden! ¡No se habla a los padres como si fueran compañeros del colegio! El día que mi hijo me hable así, ¡le doy la bofetada del siglo!”. La madre de Hipólito expresó a través de sus palabras una bronca sentida por muchos miembros del grupo. Después de algunos segundos de silencio, el padre de Vanesa le agradece, como si por fin estas palabras pudieran haber sido pronunciadas.

En el fin de la misma sesión, Vanesa intenta justificarse con ternura: “hemos tenido muchas reglas en nuestra niñez. Aceptamos todo y es normal que después de tantos años, estallemos”. La madre de Hipólito contesta:

“Qué lindos que son, tu hermano y vos, cuando hablan con amabilidad”. Después de esta sesión con tensión emocional paroxística, un diálogo entre las generaciones pudo empezar. La dimensión intergeneracional del grupo incrementó significativamente.

Tiempo 3: última etapa antes del fin del grupo

Cuando mencionamos a los pacientes que faltaban dos meses antes de cerrar nuestro grupo se manifestaron movimientos agresivos, más específicamente por parte de los jóvenes del grupo. Las sesiones se convirtieron en momentos muy tensos. Poco a poco, Vanesa retiró su participación, Scheherezade volvió a sus crisis de cortes e Hipólito se fugó unas semanas de su casa. Mas allá de éstos movimientos de desorganización debidos a la angustia generada por el fin del grupo, nacieron paralelamente deseos de diferenciación entre los pacientes, con lo cual el tema de la rivalidad aumentó de manera significativa. Frente a las recaídas de Scheherezade y de Hipólito, Vanesa se alejó.

En una sesión, Hipólito enciende su encendedor para colocar la llama sobre su brazo, desafiando a todos los miembros del grupo con una mirada provocadora. La tensión emocional alcanza de nuevo un límite insoportable. Vanesa reacciona de manera espontánea y auténtica con rabia e impulsividad: “Hipólito, ¡estás totalmente en tu mundo y no querés enfrentarte con la realidad! ¿Preferís permanecer en tu burbuja? Y tú, Scheherezade... no hacés nada tampoco para sobrevivir. ¡¿Qué se imaginan?! ¡¿Que sin esfuerzos la vida cambia?! ¡Ahora depende de nosotros que escribamos nuestro porvenir!”. El padre de Vanesa, con lágrimas en sus ojos, se pone de pie, se acerca a su hija y le dice cuán orgulloso está de ella, dándole un beso. El hermano sigue: “ ¡Sos la estrella del grupo, Vane! ¡Nos mataste a todos!”. El descargo emocional que Vanesa hizo en su nombre calma a todo el grupo y provoca un alivio general, menos para Scheherezade que se angustia mucho. Se retira de la sala llorando. Todo como si hubiera sido abandonada por su alter ego.

“Y vos, ¿cómo saliste de tus momentos difíciles”, le pregunto a Vanesa. “¿Hubo un tipo de detonante?”

Vanesa: "Cuando trabajé para los indigentes, vi unos acompañantes que se pusieron bebiendo con ellos. En el fin de mi pasantía, no podía diferenciar los indigentes de los acompañantes. Todos estaban borrachos. En éste momento, comprendí que quería sobrevivir e ir por otro camino.”

CONCLUSIONES

A partir del grupo multifamiliar de La Salpêtrière, iniciamos dos hipótesis nuevas: la primera tiene que ver con las especificidades del proceso grupal multifamiliar; la segunda, con los mecanismos que sustentan el trabajo de elaboración en la adolescencia y que dichos grupos potencian. La dinámica grupal multifamiliar se edificó sobre un principio que Didier Anzieu llamó la “ilusión grupal”: es decir, con sentimientos de autosuficiencia, de a- conflictividad y de euforia general. En un segundo tiempo, aparecieron sentimientos de ambivalencia y de odio. Simultáneamente se incrementaron las capacidades asociativas de algunos miembros del grupo. Una tercera y última etapa empezó cuando anunciamos el fin del grupo. Esto generó movimientos de desorganización, de agresividad y un deseo de diferenciación entre los participantes.

Para contrarrestar la tendencia a la desorganización, observé diferentes organizadores de la vida fantasmática: las fantasías de escena primaria, de seducción y de castración. Además de las fantasías originarias, el complejo de Edipo y el complejo fraterno también constituyeron un apoyo propicio para el trabajo de elaboración de los participantes. Si las alianzas inconscientes permitieron la estructuración de vínculos entre los miembros del grupo, estos intercambios favorecieron la reducción de sus angustias generadas por la situación grupal. El fenómeno de “resonancia fantasmática” implicó también que algunos miembros del grupo constituyeran un soporte de proyección, lo que condujo a la interiorización de fantasías que estaban circulando en el grupo.

Otra contribución metapsicológica: el análisis del material clínico también permitió ver en acción los mecanismos de identificación y de des-idealización parcial. Éstos favorecen en los adolescentes el despliegue de la libido sobre objetos sustitutivos disponibles en los grupos. Desde un punto de vista más arcaico, se logra experimentar sentimientos de angustia y miedos al nivel grupal y superarlos en éste encuadre de tal manera que los pacientes adquieran mecanismos de defensa más eficaces (Rabain, 2017). Así se diversificaron y se flexibilizaron las defensas de Vanesa. Se modificó también su forma de oponerse. Ella pasó de un “no tanático” a un “no de confrontación” (Kancyper, 2003). Como decía Jorge García Badaracco, el objetivo principal del psicoanálisis multifamiliar es favorecer el proceso de subjetivación y permitir a los pacientes “alcanzar un equilibrio emocional más estable y una mejor capacidad de confrontación

para tolerar los eventos traumáticos” (García Badaracco, 2000, p. 235).

En fin, el psicoanálisis multifamiliar permite a los adolescentes proyectar sus fantasías sobre otros padres que no son los suyos o también sobre los co-terapeutas con los cuales también se pueden identificar. Mejor aún, sensibiliza a los pacientes respecto de su mundo interno e invita a los adolescentes a armar vínculos nuevos con sus padres, reforzando paralelamente la diferenciación entre las generaciones. Dicho de otra manera, dichos grupos invitan a los adolescentes a desplegar su libido sobre objetos nuevos gracias a un desinvolvemento parcial de los objetos parentales, implicando un trabajo que requiere un enfoque sobre la vida interna. En la medida en que vivimos en una sociedad que está poco a poco dando la espalda al psicoanálisis, esperamos haber contribuido a la promoción de estos grupos terapéuticos en su versión analítica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient – L'imaginaire groupal*. Paris: Dunod.
- Bar de Jones, G. (2015). *Grupos de mediación, familia, institución*. Los grupos entre alienación y transformación. Coloquio Internacional – Université Lumière Lyon 2..
- Bateson, G. et al. (1956). Towards a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Bion, W. R. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 266-275.
- García Badaracco, J. E. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- García Badaracco, J. E. (1995). *Entrevista por el Dr. M. A. Materazzi. Centro DITEM*, Buenos Aires (<https://www.youtube.com/watch?v=Zwiby15rbdU&t=724s>)
- García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar – Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- García Badaracco, J. E. (2006a). De sorpresa en sorpresa. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal*, 2, 59-73.
- García Badaracco, J. E. (2006b). Psicoanálisis Multifamiliar – Para curar la enfermedad mental desde la virtualidad sana. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 62(4), 919-936.

- García Badaracco, J. E. (2008). *La violencia familiar es una interdependencia enfermiza y enfermante. Una forma de “disolverla” desde el psicoanálisis multifamiliar*. Laberintos de la violencia. Buenos Aires: Lugar.
- Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community – A new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books.
- Kancyper, L. (2003). *Confrontación generacional – Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Lumen.
- Macchioli, F. A. (2013). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica, Familia y Valores en la Argentina de los Setenta*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.
- Mandelbaum, E. (2009). El grupo “GMF” como agente terapéutico y de prevención. *Revista Actualidad psicológica – número Intervenciones clínicas no tradicionales*, 9-11.
- Mascaró Masri, N. (2000). *Constitución de un grupo multifamiliar en una institución pública*. Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, Jaén.
- Mascaró Masri, N. (2011). Homenaje a Jorge García Badaracco. *Le Divan familiar*, 26, 165-168.
- Mitre, M. E. (2003). Las interdependencias recíprocas. Un caso clínico sobre la base de la experiencia transmitida por Jorge García Badaracco. *Revista de Psicoanálisis*, 60(4), 1009-1038.
- Mitre, M. E. (2007). *Cómo se complementan el psicoanálisis individual con el psicoanálisis multifamiliar para resolver encrucijadas teóricas, clínicas y técnicas. La Práctica Analítica Actual: encrucijadas, teóricas, clínicas y técnicas*. Buenos Aires: Secretaría Científica de la Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Mitre, M. E. (2016). *Las voces del silencio – Por qué se curan los pacientes que se curan*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Rabain, N. y Bourvis, N. et al. (2016). Les groupes analytiques multifamiliaux pour adolescents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(5), 317-323.
- Rabain, N. (2017). La psychanalyse multifamiliale pour adolescents à Buenos Aires. *Revue Française de Psychanalyse*, 81(4), 1146-1153.
- Ragatke, S., Toporosi, S., et al. (2015). Grupos terapéuticos multifamiliares con adolescentes – Un dispositivo para que se despliegue la confrontación generacional. *Topía*, 73, 24-26.
- Simond, H. D. (2012). Autores de referencia: Jorge E. García Badaracco. *Teoría y práctica grupo analítica*, 2(1), 180-190.

EN BUSCA DE LA DIMENSIÓN CLÍNICA DEL APEGO A TRAVÉS DE LAS NARRATIVAS INFANTILES*

IN SEARCH OF THE CLINICAL DIMENSION OF ATTACHMENT THROUGH CHILDREN'S NARRATIVES

Antonio Galán Rodríguez**

RESUMEN

La dimensión clínica de la Teoría del Apego permanece insuficientemente desarrollada, pero pueden encontrarse interesantes propuestas actuales en este ámbito. Abordamos los principios básicos que deben sostener un acercamiento clínico a la Teoría del Apego: situar el apego en el conjunto de sistemas motivacionales, atender a los distintos niveles de seguridad que comprende (físico, emocional, cognitivo) y considerar los procesos de auto-regulación dañados por fallos en las relaciones de apego. Abordamos el papel de las narrativas en el desarrollo infantil, y su uso para evaluar las construcciones internas del apego; finalmente exponemos con detalle el uso de la Attachment Story Completion Test (ASCT) como instrumento útil para su evaluación.

Palabras clave: Apego, Narrativa, Evaluación Infantil

ABSTRACT

Clinical dimension of Attachment Theory is still ill-developed, but interesting current proposals can be found.

Basic principles necessary to bear a clinical approach to Attachment Theory are explained: placing attachment among other motivational systems, paying attention to the different safety levels included in attachment (physical, emotional, cognitive) and taking into account self-regulation processes which could be hampered by failures in attachment. The role of narratives in child development, and its utility to assess attachment internal models are considered; finally, a detailed account of the use of Attachment Story Completion Test (ASCT), as an useful assessment tool, is presented.

Key words: Attachment, Narrative, Childhood Assessment

INTRODUCCIÓN

En la búsqueda de marcos teóricos que nos permitan desplegar nuestra intervención con los niños y las familias, la Teoría del Apego aparece como una propuesta muy sugerente. No obstante, el rango de aportaciones que abarca es muy amplio, sin que pueda hablarse de

* Adaptado del curso impartido en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título "Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social" fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Psicólogo Clínico – Equipo de Salud Mental de Zafra (Servicio Extremeño de Salud). E-mail: antgalan@hotmail.com

una “terapia del apego” propiamente dicha. De hecho, aunque John Bowlby desarrolló el concepto de apego a través de extensos y bien documentados textos, no hizo ninguna propuesta concreta de “terapia del apego”. En efecto, al hablar de cómo utilizar terapéuticamente la Teoría del Apego, se limitó a proporcionar algunas claves genéricas sobre la forma en que debe actuar el terapeuta, especialmente para convertirse en “base de seguridad” (mediante la regularidad en la atención, la sensibilidad en la escucha, la constancia en los esfuerzos terapéuticos, etc.), más algunas consideraciones acerca de cómo abordar la terapia (atender a los modelos operativos internos, considerar la historia de relaciones del niño...). Pero no llevó a cabo una sistematización de un procedimiento de intervención.

A esta ausencia en la obra de Bowlby se sumó la propia evolución de la teoría que propuso. En efecto, tras las propuestas iniciales, la Teoría del Apego se convirtió en propiedad intelectual de los académicos, más que de los psicoterapeutas, dando lugar a la ironía de que mientras aquél pasaba la mayor parte de su tiempo tratando pacientes, sus teorías eran evaluadas por investigadores que normalmente no tenían práctica clínica. Con ello, la promesa clínica de la Teoría del Apego quedó insatisfecha, y sólo mucho más tarde algunos terapeutas comenzaron a abordar con amplitud sus aplicaciones clínicas (Wallin, 2007).

El resultado final es que a duras penas podríamos hablar de una terapia del apego propiamente dicha, en el sentido de una propuesta derivada directamente de la Teoría del Apego. Lo que existe es más bien un amplio rango de posibilidades respecto a cómo el concepto de apego es incorporado a la atención profesional. De esta manera nos encontramos con tres realidades:

A. Pocas veces encontramos la Teoría del Apego sosteniendo por sí misma una intervención terapéutica. Va a aparecer mezclada con otros formatos de tratamiento (sistémico, cognitivo, narrativo, de trabajo con la corporalidad...).

B. El énfasis puesto en la Teoría del Apego será muy variable. Podríamos plantear dos extremos:

- A veces aparece como un mero elemento de sensibilización, de modo que el concepto de apego insta a los profesionales a ser sensibles, estables, protectores...
- En otros casos, el apego se convierte en la pieza central de un programa de intervención; y esto ha ocurrido especialmente cuando se trabaja con poblaciones donde el sistema de apego ha sido

seriamente dañado (sobre todo niños maltratados y/o abandonados).

C. Encontraremos tres grandes formatos de intervención, en función de cómo se considere al niño y a sus cuidadores:

- trabajar con el cuidador ayudándole a establecer interacciones positivas, a manejarse con la conducta del niño, o a tratar sus propios sentimientos de ansiedad, frustración o ira.
- trabajo diádico, es decir, con el niño y el cuidador principal, ya sea de forma conjunta o con una intervención coordinada en paralelo.
- terapia individual con el niño.

Como conclusión, y tal como indica Yáñez (2008), más que como técnicas específicas de intervención, la Teoría del Apego tiene implicaciones para la conceptualización, el objetivo, la forma y el proceso de tratamiento. Nosotros añadiríamos que también ha sido inspiradora de formas nuevas (o acertadamente recicladas) de abordar la intervención terapéutica. De todas esas aportaciones nuevas y relecturas, vamos a centrarnos en una de ellas, la que nos remite a las narrativas con las que codificamos la información de nuestro mundo, nos explicamos éste y nos comunicamos con los demás.

No obstante, antes de embarcarnos en ella, es necesario considerar unos pilares básicos relativos a la aplicación clínica de la Teoría del Apego.

LO QUE IMPLICA INTERVENIR DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

El apego es ineludible en la relación terapéutica, en la medida en que es un sistema conductual diseñado para activarse cuando uno se siente vulnerable, necesita protección, y requiere para ello de la ayuda de un congénere más fuerte o capaz que él. Y justo esto es lo que ocurre cuando un paciente acude a consulta. Pero aun cuando sean los padres quienes tomen la decisión de llevar al niño a consulta, no es raro que en éste se active el sistema de apego: los infantes viven continuamente situaciones de vulnerabilidad y están sostenidos por relaciones de dependencia; de esta manera, están predispuestos a activar el sistema de apego.

No obstante, la complejidad de este tema nos llevaría a apuntar hacia tres importantes consideraciones:

A. El sistema de apego pudiera verse sustituido por otro sistema conductual. En este punto las contribuciones de Liotti (2008, 2011) son de gran utilidad, al revisar los sistemas motivacionales que sostienen las relaciones

interpersonales. Uno de ellos es precisamente el apego, dispuesto a activarse en situaciones de vulnerabilidad que reclaman la intervención protectora de una figura fuerte. Pero algunas experiencias en las relaciones de apego pueden hacer indeseable su activación, siendo entonces sustituido por otro sistema conductual. Y así, donde debiera haber una muestra de vulnerabilidad y una petición de ayuda, pudiera activarse una conducta de agresividad, sexualidad o cuidado. Son muchas las posibilidades, pero nos limitaremos a ilustrar esta idea con una de ellas. Así, se ha descrito con bastante precisión cómo los niños que en sus dos primeros años de vida desarrollaron estilos de apego desorganizado, frecuentemente pasan a inhibir su dependencia, y a partir de los 3-4 años tienden a mostrar ante sus cuidadores conductas controladoras, a través de actitudes coercitivas o de cuidado (parentalización). Donde debiera haber vulnerabilidad y petición de ayuda, aparece provisión de ayuda o control coercitivo. Por tanto, la ausencia de conductas de apego en la consulta pudiera estar dando pistas en torno a una posible evolución problemática de las relaciones de cuidado, y esto va a influir inevitablemente en la relación paciente-terapeuta.

B. Una vez activado el sistema de apego, debemos preguntarnos: ¿cuál es la demanda que nos está haciendo el niño?. Esta pregunta nos remite a los tres niveles evolutivos (y las tres funciones básicas) que presenta el apego:

- El sistema de apego tiene su origen evolutivo en la necesidad de ser protegido frente a depredadores, o frente a la soledad que nos expone a estos. En este sentido, el apego nos lleva a buscar protección física, y lo que demanda del cuidador es que nos libre de peligros a nuestra integridad, ya sea enfrentándose a la amenaza, o ayudándonos a escapar hábilmente de ella. En esos momentos, lo que más necesitamos de una figura de apego es que “dé la cara”. El encuadre psicoterapéutico básico hace aportaciones en este sentido: se intenta crear una atmósfera de seguridad y tranquilidad, en un contexto de encuentro presencial regular y comprometido por parte del terapeuta. No obstante, podrían resultar insuficientes si se requiere una actitud aún más protectora; proteger eficazmente al paciente podría requerir contactar con otras personas o instituciones, realizar gestiones fuera del despacho... Curiosamente, los procedimientos psicoterapéuticos habituales previenen contra ellos; prescribir neutralidad y abstinencia, o restringir la intervención al setting terapéutico limitan enormemente la posibilidad de satisfacer estas necesidades vinculadas al apego. Es más, proveer de seguridad más allá del

encuadre estándar suele ser considerado un grave riesgo para la práctica terapéutica; de hecho, cuando nos vemos obligados a intervenir (por cuestiones éticas o legales, como en los casos de maltrato infantil), lo vivimos como una amenaza (y a veces un cierre) al proceso terapéutico.

No obstante, y sin llegar a esos casos extremos, es posible que el terapeuta se vea expuesto a tomar decisiones que protejan al paciente pero que con ello se amenace a la relación terapéutica. El intento de minimizar los riesgos que esto implica justifica la conveniencia de formatos de tratamientos en los que son dos los profesionales (trabajando de forma coordinada) quienes realizan la intervención; esto es algo muy recomendable con cierto tipo de pacientes en los que este tipo de demanda de intervención externa es más probable (como en los trastornos límites de la personalidad), o en algunos contextos de intervención psicosocial (familias desorganizadas, niños en ambientes de marginalidad). De la misma manera puede ayudar el concepto utilizado en la psicoterapia psicoanalítica de “parámetro de técnica” (Kernberg, 1987). En efecto, con algunos pacientes que muestran serias dificultades para manejarse en su vida, la neutralidad técnica puede ser tomada como una línea de referencia básica, pero con la aceptación de que se producirán muchas desviaciones... que a posteriori deberán ser analizadas desde la interpretación; es decir, una conducta del paciente pudiera requerir que el terapeuta abandone la neutralidad, pero esta acción deberá ser reflexionada y, a afectos del paciente, lo que la motivó deberá ser interpretado. No obstante, a veces incluso esto pudiera resultar insuficiente.

Aurora es una adolescente de 16 años que ha ingresado hace pocos meses en un centro de acogida de menores. En la tercera sesión de psicoterapia trae un problema que le preocupa enormemente, y que conlleva una petición para su psicólogo. Se ha emparejado con un chico de 14 años, y los padres de éste se han enfadado; que su hijo esté con una chica mayor, proveniente de una familia problemática, y acogida en una institución, les resulta intolerable. Consideran que no basta con prohibir a su hijo el salir con esta chica, y por ello solicitan una reunión con el director del centro de acogida para pedirle que ponga él un límite a Aurora. Finalmente se acuerda una reunión a la que asistirán la pareja y los “representantes” de cada uno de ellos: los padres del chico, y las educadoras de Aurora. Ésta se siente en peligro; prevé una reunión de adultos censores, en una forma de emboscada en la que se va a sentir en clara inferioridad numérica y de capacidad. En su angustia por enfrentarse a esta difícil situación busca aliados, busca protección. Su demanda al

psicólogo es que la acompañe a esa reunión y la proteja. ¿Cómo actuar ante una demanda que implica romper de una manera tan marcada el setting terapéutico? La respuesta fue negativa, ofreciendo explicaciones técnicas que justificaran ese rechazo. Aurora no volvió a consulta. Son posibles muchas interpretaciones, pero nos quedamos con una propuesta para reflexionar: quizá la aún débil alianza de trabajo no pudo contener esta “traición” a una demanda desde la parte más básica del apego.

- Sobre esa necesidad básica de seguridad física, los seres humanos parecemos haber dado un paso más en cuanto a nuestras necesidades, y habríamos recurrido al sistema de apego para satisfacerla. Se trata de que no sólo sentimos peligro por un depredador externo, sino que las propias vivencias internas son vividas como un peligro; sensaciones desagradables (hambre, dolor), emociones (miedo, pena, rabia), pensamientos... son sentidos como un peligro; la propia vivencia de angustia es sentida como una amenaza que nos lleva a buscar protección. Y para este tipo de peligro necesitamos una persona emocionalmente receptiva, sensible a nuestro mundo interno, que entone con nuestras vivencias.

- La última gran revolución de la Teoría del Apego nos ha llevado a subrayar la importancia de la protección cognitiva, partiendo de la necesidad de los seres humanos de asegurarnos de que nuestro interlocutor nos está enseñando cosas que son relevantes, útiles y buenas para nosotros. La creación de una “autopista” natural de transmisión de conocimiento entre los seres humanos es un proceso sometido a muchos avatares; y es la relación de apego nuevamente el contexto donde esa capacidad se desarrolla. Esto significaría que el apego tendrá como función asegurarnos el aprendizaje de una capacidad fundamental para nuestra supervivencia social: abrir nuestra mente a la comunicación cuando ésta es buena para nosotros (“confianza epistémica”), y mantener una “vigilancia epistémica” cuando esa comunicación implique riesgos (Fonagy y Allison, 2014). En este sentido, la activación del sistema conductual de apego viene acompañada de la respuesta a una pregunta fundamental en cualquier proceso de comunicación (incluyendo el terapéutico): ¿puedo abrir mi mundo interno a los mensajes de mi interlocutor?

Isidoro es un hombre de mediana edad que acudió por primera vez a consulta de Psicología a instancias de su esposa; hacía meses que había perdido su trabajo y se sentía muy abatido emocionalmente, lo que llevaba a una pasividad que le obstaculiza solucionar sus problemas; no obstante, él estaba convencido de que nadie podía

ayudarle: no creía que otra persona (incluyendo a un psicólogo) pudiera ayudarle a cambiar la forma de sentir o pensar, por lo que no volvió a consulta. Meses después su esposa vuelve a empujarle a una entrevista, todo ello tras un intento autolítico y un breve ingreso en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Sin mucho convencimiento, acepta una intervención conjunta con consultas psiquiátricas y psicológicas; estas últimas en formato de psicoterapia de apoyo. Esta intervención no logra una mejoría, y de hecho se mantiene un progresivo deterioro en su funcionamiento vital y un nuevo intento autolítico. Una revisión del caso lleva a los facultativos a considerar que, en contra de lo pensado inicialmente, no se está ante un cuadro adaptativo, ni ante un simple trastorno depresivo, sino ante un desorden de la personalidad. Por ello, se pasa a una intervención más intensa, a nivel psiquiátrico y psicológico. A estas alturas Isidoro se muestra como una persona aparentemente comprometida con la intervención clínica: acude a las consultas, agradece la atención prestada, y rechaza la posibilidad de un alta. No obstante, persiste el estancamiento en su estado emocional y el riesgo de conductas autolesivas. Tras varios meses de intervención, le hacemos una serie de preguntas dirigidas a clarificar la relación terapéutica: “A lo largo de esta última semana, ¿ha habido algún momento en que te hayas acordado de algo que te haya dicho tu psicólogo o tu psiquiatra, o en que te haya venido a la mente alguna de sus explicaciones sobre lo que te pasa, o alguno de sus consejos? ¿en algún momento te has dado cuenta de que algo en tu forma de pensar, en tus opiniones sobre ti, sobre la familia, o sobre tu situación, ha cambiado después de tus conversaciones con el psicólogo o el psiquiatra?”. Tras pensarlo unos segundos, la respuesta siempre es “no”. Ante el siguiente comentario del profesional (“¡Qué raro! ¿no te parece? Después de tantas horas de conversaciones, y con la buena relación que parece que tenemos, no te hemos dicho nada que te sirva. ¡Qué curioso!”), parece algo sorprendido y sonríe.

Si aceptamos esta triple misión del apego, debemos plantearnos cuáles están en juego en cada momento, y las demandas específicas que imponen al profesional.

C. La relación de apego es el marco donde se desarrollan algunos procesos de auto-regulación, y esto ocurre en tres ámbitos fundamentales: a) control de la atención; b) regulación del afecto (cómo gestionar el estrés y la activación emocional intensa); y c) manejo de la relación con los mundos internos propio y ajeno (mentalización).

Esto implica que:

- Si la relación de apego ha funcionado mal, estamos expuestos a presentar dificultades en cualquiera de estos tres ámbitos.

- Si queremos solucionar problemas en estos ámbitos, tenemos que hacerlo desde una reconstrucción del vínculo de apego.

- Para los niños con muchos problemas de autorregulación (y especialmente de atención y emocional) antes de embarcarse en intervenciones verbales en relación a los contenidos del pensamiento, puede ser necesario un trabajo previo o paralelo que se maneje en el ámbito de la sensorialidad, la motricidad y los aspectos más básicos de la regulación emocional.

LAS NARRATIVAS

Una adquisición evolutiva en desarrollo.

Nos situamos ante un niño e intentamos entenderlo; nos esforzamos por representarnos su mundo interno, e indagamos en torno a cómo se configuró de esa manera; a partir de ahí, nos preguntamos cómo ayudarle a lograr una organización interna que le libere del sufrimiento y/o le permita una adaptación más satisfactoria a su mundo. Ahora bien, ¿cómo nos representamos ese mundo interno del niño?. En este espacio vamos a hacer uso de dos propuestas.

Por un lado, vamos a dirigir nuestra mirada hacia algunos modelos que intentan representar ese mundo interno infantil. Son muchos los autores que señalan que éste se va llenando de unos esquemas con los que se codifican las relaciones interpersonales; subrayan que a través de ellos el niño va a representarse a sí mismo en relación con el otro, y que esa representación va a estar acompañada de un afecto. Por ejemplo, es muy sugerente la propuesta de Otto Kernberg de representarse ese mundo interno a través de triángulos, cuyos tres vértices serían: una imagen de sí mismo, interactuando con la imagen complementaria del otro, y todo ello vinculado a un afecto poderoso (Kernberg, 2005); por ejemplo, “yo vulnerable”, “otro cuidador” y vivencia de satisfacción; o “yo vulnerable”, “otro desconsiderado” y vivencia de abandono. Por su parte, Daniel Stern hablaría de “representaciones interactivas generalizadas”, y subrayaría el aprendizaje de un modo de “estar con” (Stern, 1997). Pero volviendo a la Teoría del Apego, su propia propuesta son los Modelos Operativos Internos (MOI), es decir representaciones de uno mismo (en un momento de vulnerabilidad) en relación a otro

potencialmente cuidador; uno mismo que puede valorarse como merecedor de cuidado... o no; y ver al otro como dispuesto a (y capaz de) cuidar...o no. De esta manera, vamos a encontrar unos modelos internos de apego, que serán esas representaciones mentales de uno mismo en relación al otro potencialmente cuidador, en un momento de vulnerabilidad.

Por otro lado, vamos a considerar las narrativas, en cuanto que es a través de narraciones como organizamos internamente el curso de experiencia de nuestra vida (Emde, 2007). En efecto, la experiencia diaria es organizada internamente en forma de un relato. Y cuando nos comunicamos con los demás, lo hacemos en un sentido narrativo: contamos y nos contamos historias (cosas que le han pasado a personas, en una secuencia temporal y espacial, acompañadas de unas emociones que se conectan con aquellas), y lo hacemos con un vocabulario y con una perspectiva de la vida que compartimos con el interlocutor; porque si no, no podríamos comunicarnos con él. En definitiva, las narraciones nos permitan dar un sentido a nuestra experiencia, ayudándonos a organizar nuestro pasado y a preparar el futuro; asimismo nos permiten establecer puentes con los demás, en la medida que las narraciones se convierten en discursos que nos conectan con un interlocutor.

Las narrativas están presentes desde temprana edad, y una observación atenta muestra la existencia de avances fundamentales conforme el niño crece. Así, entre los tres y los seis años se produce un progreso enorme (Wolf, 2003). Durante este tiempo los conceptos infantiles de la gente como agentes independientes, como poseedores de mentes, evoluciona rápidamente; el lenguaje también crece en nivel de articulación; gracias a ello, los niños adecuadamente estimulados podrán elegir palabras, sintaxis, y estructuras de discurso que informan al oyente sobre cómo se sienten al estar en una situación particular, ya sea real o enmarcada como una historia. Poco a poco se irán instaurando en la mente infantil unos esquemas “canónicos” de historias, habitualmente conteniendo un inicio que proporciona el contexto, una complicación o problema que el protagonista afronta, el intento de solucionarlo, y el triunfo o fallo de éste; posiblemente, a partir de ahí surja una enseñanza o moraleja.

La pregunta que un clínico interesado en el apego puede hacerse en este momento es: ¿cómo utilizar estas narrativas para acceder a las representaciones mentales relacionadas con el apego?. Los siguientes apartados constituyen una propuesta en este sentido.

Pruebas de evaluación del apego basadas en narrativas infantiles.

Al llegar a la edad escolar (4-5 años) se hace evidente que la capacidad narrativa se está desarrollando de una manera muy marcada. Y a partir de entonces podrá convertirse en un instrumento privilegiado para acceder a los modelos internos de apego. Esto ha sido aprovechado por muchos investigadores, al desarrollar instrumentos de evaluación cuya tarea central consiste en completar historias. El esquema es muy similar en todos ellos: comenzamos una historia que atrape al niño, que le coloque en una tesitura en la que se van a activar sus representaciones del mundo (y especialmente las que tienen que ver con el sistema de apego). Y a continuación le vamos a pedir que termine esa historia. ¿Qué esquemas internos se activarán para dar un sentido a esos relatos?

Ante las producciones del niño, atenderemos a distintos niveles de experiencia: las representaciones mentales que subyacen a la comprensión de esas realidades, las tramas que organizan la información, los discursos que se elaboran para conversar con el otro, y el tono emocional que da color a la narración (Emde, 2003). Y si utilizamos el prisma del apego para valorarla, añadiremos algunas cuestiones más específicas: cómo se refleja la vulnerabilidad y la provisión de protección, y cómo se representa a uno mismo a la hora de regular las emociones (sobre todo, la disposición y la habilidad para implicar a los demás en este proceso).

Son pruebas muy agradecidas para el uso clínico. En efecto, son fáciles de aplicar (pueden ser cortas, baratas y flexibles), dan mucho juego para un trabajo interactivo, y resultan agradables para casi todos los niños (y para los profesionales...). Están especialmente indicadas para niños entre los cinco y los diez años; para niños más pequeños la tarea puede ser muy exigente a nivel cognitivo; y aunque en el ámbito investigador es habitual encontrar trabajos en los que se utiliza con infantes de hasta tres años, es posible que con esa edad se requiera una especial habilidad para aplicarlas e interpretarlas, y que la tarea resulte excesiva para el niño. Para aquellos por encima de los diez años, estas pruebas pueden despertar el rechazo por ser consideradas demasiado “infantiles”, salvo que se haya creado una buena relación terapéutica que permita utilizarlas.

No obstante, también debemos referirnos a un posible hándicap. Es un hecho señalado repetidamente que la mayoría de las pruebas de evaluación de apego están muy centradas en el ámbito de la investigación, y que son poco aplicables a la clínica. Los obstáculos a los que se

puede enfrentar el clínico son muy numerosos: algunas pruebas demandan mucho tiempo en su aplicación y/o corrección, otras están centradas en poblaciones muy específicas y han tenido poco recorrido más allá de algún estudio de investigación, y algunas resultan poco accesibles a efectos prácticos (es necesario remitirse a los creadores, a veces imponen un proceso de formación y acreditación para permitir su uso...). Frente a ello, el clínico que busca hacer un trabajo ágil y práctico, puede sentirse muy frustrado, y de hecho se ha reclamado un avance en la creación de pruebas más adaptadas al mundo clínico, o en el desarrollo de aplicaciones ajustadas a éste (Emde, 2007; Murray, 2007; Robinson, 2007). Aunque no de una manera tan destacada como en otros formatos de evaluación del apego (pensemos en el Procedimiento de Situación Extraña o en la Attachment Adult Interview, tremendamente exigentes en cuanto a condiciones de aplicación, requisitos de acreditación y demandas de tiempo en su administración y corrección), en las narrativas de apego podemos encontrarnos con pruebas poco accesibles. Hagamos un pequeño repaso de su historia y tras ella haremos una propuesta con la que intentaremos animar a los clínicos a usar de una forma creativa una de estas pruebas.

Una propuesta: Attachment Story Completion Task (ASCT)

El contexto y un poco de historia.

Un hito fundamental en el desarrollo de estas pruebas es la MacArthur Story Stem Battery (MSSB) de Bretherton, Oppenheim y Emde. Surgió a partir de un proyecto amparado por la MacArthur Foundation, cuando los investigadores del grupo de trabajo descubrieron su interés común en usar procedimientos de narración de historias para explorar el mundo interno del niño. Basándose en los pioneros de la terapia de juego psicoanalítica (Anna Freud, Winnicott, Erikson...), impulsados por los nuevos conocimientos acerca de las grandes capacidades infantiles hasta ese momento desconsideradas, e inspirados por la Teoría del Apego, se embarcaron en el estudio y el desarrollo de un instrumento propio (Bretherton y Oppenheim, 2003). Antes de esta prueba ya existían otras (algunas de las cuales fueron tomadas como referencia) y posteriormente surgieron más (véase una revisión bien contextualizada en el marco general de evaluación de apego infantil en Román, 2011; y una revisión más centrada en pruebas narrativas en Bettmann y Lundahl, 2007).

Una de las pruebas que fueron tomadas como referencia fue la Attachment Story Completion Task (ASCT). Es el resultado de distintas aportaciones de poca continuidad, publicadas en textos de difícil acceso, y protagonizadas por una serie de investigadores (fundamentalmente I. Bretherton, D. Ridgway y J. Cassidy), muchos de los cuales formaban parte del proyecto amparado por la MacArthur Foundation, de ahí que gran parte del contenido de la ASCT fuera incorporado a la MSSB. La idea de partida fue dejar de usar dibujos para estimular la creación de relatos infantiles, y pasar a utilizar muñecos; y dado que las investigaciones en las que estaban implicados giraban alrededor del apego, los escenarios y sus historias estarían relacionadas con éste. Así, escogieron cinco historias, relativas a los temas propios del apego (un contratiempo, el miedo, el dolor, la separación y la reunión), y para todas ellas la prueba ofrece un inicio, tras el cual se le pide al niño que continúe el relato.

Existen dos grandes motivos por los que hemos optado por utilizar esta prueba:

- nuestro interés clínico nos ha dirigido hacia pruebas cortas y de fácil aplicación, y la ASCT cumple claramente estas características.
- las historias construidas en esta prueba están muy centradas en el apego, a diferencia de los instrumentos que intentan abarcar otros ámbitos del funcionamiento infantil (por ejemplo, el desarrollo moral).

La prueba.

Como en el resto de pruebas de este tipo, se le pide al niño que finalice una serie de historias que han sido comenzadas por el evaluador. En todas las historias habrá dos niños, uno de cada sexo, y escogeremos como protagonista al del mismo sexo que el paciente. Lo que tienen en común todas las historias es que reproducen situaciones en las que suele activarse el sistema de apego. En concreto se trata de las siguientes:

0. “Fiesta de cumpleaños”. Es una historia introductoria, a modo de “calentamiento”, por lo que no está diseñada para activar conductas de apego.

1. “Historia del zumo derramado”. En este caso un niño es confrontado con una situación adversa en la que la figura de apego puede asumir una función de cuidado y/o de autoridad.

2. “Historia de la herida en la rodilla”. El niño sufre una caída y experimenta dolor.

3. “Historia del monstruo en la habitación”. En este

caso es un miedo infantil lo que activa la conducta de apego.

4. “Historia de la partida de los padres”. La separación de los padres aparece aquí como el estímulo disparador.

5. “Historia de la reunión”. Como parte complementaria de la separación, asistimos a una escena de reunión tras aquélla.

Los materiales que requiere la prueba son sencillos, porque se busca simplemente que permitan representar esas situaciones. Así, se necesita:

1. Unos muñecos que representan la familia protagonista: la madre el padre, la abuela y dos hijos (uno de cada sexo). El padre, la madre y los dos hijos serán utilizados en todas las historias, y la abuela se sumará a los demás en la introductoria, y en la cuarta y la quinta. Posiblemente los juguetes más convenientes sean los de tipo Playmobil.

2. Algunos accesorios para representar las historias: tarta de cumpleaños, mesa, vasos, césped, roca, cama y un coche.

Las historias comienzan de la siguiente manera:

0. Historia introductoria: fiesta de cumpleaños

Dado que es una historia introductoria, es planteada como neutra en términos de apego. Se utiliza para situar al niño en el contexto, presentar a los personajes, y mostrar la dinámica del procedimiento. Se utilizan los miembros de la familia, una mesa y un pastel de cumpleaños. El evaluador propondrá una historia parecida a la siguiente:

Fíjate en la mesa y en este pastel. Lo ha hecho la mamá porque hoy es un día muy especial, es el cumpleaños de uno de los niños. Y la mamá dice “Abuela, papá, chicos, vamos a celebrar una fiesta de cumpleaños”.

Y se pregunta al niño qué pasará a continuación.

1. Historia del zumo derramado.

La historia representa a la familia (el padre, la madre, y los dos niños) sentados a la mesa, y en ésta se va producir “un pequeño drama”.

La familia está sentada a la mesa, y entonces el niño va a coger su vaso de zumo, y sin querer se le cae encima del mantel. Entonces la madre le dice “¡has vertido el zumo encima del mantel!”.

Y como siempre, se le pregunta al niño qué pasará luego.

2. Historia de la herida en la rodilla.

La historia representa a la familia paseando por

el parque. Por ello, necesitaremos a la familia con algún elemento que permita representar ese escenario, incluyendo un obstáculo en el que el protagonista se va a tropezar; cuando esto ocurra, con voz que refleje dolor dirá “Mamá, papá, me he hecho daño en la rodilla”.

3. Historia del monstruo en la habitación

En esta historia la familia se encuentra en casa, y la madre lleva o manda al protagonista a la cama. Necesitamos por tanto a la familia y una cama. Una vez en la cama, el niño dirá con voz de alarma “Mamá, papá, hay un monstruo en la habitación”.

4. Historia de la partida de los padres

En esta historia la madre, acompañada del padre, y dirigiéndose a los niños y a la abuela, dirá “Niños, papá y yo vamos a hacer un viaje y nos marchamos ahora; volveremos mañana, y mientras tanto la abuela se quedará con vosotros”. A continuación, los padres se van.

5. Historia de la reunión

Con los mismos materiales de la historia anterior, el evaluador dirá que es un nuevo día, que la abuela está mirando por la ventana, y dice “Niños, papá y mamá vuelven de su viaje”; los padres se acercan, y el examinador pregunta a los niños qué pasará luego.

Una forma de interpretar la prueba.

Cuando se habla de tipos de apego resulta inevitable remitirse a la clasificación ya clásica que distingue entre apegos: a) seguro; b) inseguro-evitativo; y c) inseguro-ambivalente; y posiblemente se tenga que añadir una cuarta categoría, la de apego desorganizado. Esta clasificación, que parte de los estudios de Ainsworth con el conocido procedimiento de la Situación Extraña, se ha convertido en canónica y en una referencia ineludible. En efecto, nos proporciona unas estrategias conductuales que pueden ser identificadas ya al año de edad, y que seguirán siendo unos ejes básicos en la organización del sistema de apego el resto de la vida. No obstante, esta conocida clasificación puede tener limitaciones y llevarnos a errores.

Estos estilos de apego (seguro, evitativo, ambivalente, desorganizado) son estrategias de adaptación a un ambiente concreto, más específicamente, a una relación determinada con un cuidador. Por tanto, no son rasgos de personalidad, de ahí que un niño pueda mostrarse seguro con un progenitor y evitativo con otro. En términos de narrativas, contará con distintas “historias” internas para

explicarse las relaciones interpersonales en momentos de vulnerabilidad. Esto no es incompatible con la idea de que algunos niños (y adultos) puedan limitar ese rango de posibilidades, de modo que respondan de una forma rígida, ajustándose repetidamente a un estilo específico de apego. ¿Por qué sucedería esto? ¿Por qué se pierde la versatilidad que otorga contar con distintos formatos de relación?

Conforme el niño crece, si está expuesto de forma generalizada y consistente a un tipo de ambiente, es posible que la estrategia contextual se consolide tanto, que acabe apareciendo como un rasgo de personalidad; es más, en cuanto que a veces podemos elegir con quién nos relacionamos, es posible que busquemos personas que se adapten a nuestro estilo; finalmente, sabemos que podemos “forzar” al otro a acoplarse a un tipo de interacción que hace funcional mi estilo de apego; así, un niño con un estilo predominante evitativo, puede responder con distancia inicial a los acercamientos adultos, ante lo cual ese adulto podría adoptar una actitud distante o incluso hostil... reforzando así el estilo evitativo del niño. La conclusión de todo esto es que no debemos buscar rasgos de personalidad, sino estrategias de las que el niño dispone, que podrán ser usadas o no, y cuyo uso preferencial va a determinar el estilo de apego.

En segundo lugar, debemos considerar que conforme el niño crece, la complejidad y versatilidad de sus estrategias conductuales van a hacer que la clasificación seguro-evitativo-ambivalente-desorganizado se muestre demasiado simple, o al menos insuficiente. De hecho, en las pruebas que estimulan la narrativa infantil, con niños ya mayores de 4-5 años, algunas de las clasificaciones que encontramos en la literatura frecuentemente abandonan esa división tradicional y usan otras categorías.

Considerando las referencias bibliográficas en torno a la ASCT, el fundamento teórico que la sostiene, y cierta experiencia de uso, nos atreveríamos a proponer los siguientes criterios de valoración:

1. Atendiendo a las narraciones de los niños, posiblemente podamos establecer con cierta seguridad una distinción seguro-inseguro-desorganizado; por el contrario, distinguir dentro de la categoría “inseguro” entre evitativo y ambivalente supondría un salto arriesgado: en niños de esta edad es habitual encontrarse estrategias de los dos tipos, y además algunas conductas no son fáciles de adscribir a una u otra. Es posible que podamos encontrar esta postura en una de las pocas adaptaciones de la ACST a nuestro país, la que ofrece Cantero (2006);

ésta distingue entre apego muy seguro, apego seguro-marginal y apego inseguro (aunque en este último se permite apuntar algunos elementos que apuntarían a la evitación, la ambivalencia y la desorganización); por el interés que pudiera tener para aquellos interesados en una codificación de este tipo, la incluimos en la Tabla 1.

-Tabla 1-

Tabla 1. Clasificación de Cantero (2006)	
VALORACIÓN DE LAS HISTORIAS	DIAGNÓSTICO
El niño resuelve la tarea de forma muy fluida y con respuestas apropiadas en las cinco historias	APEGO MUY SEGURO
El niño da respuestas no apropiadas, en términos de inseguridad, en 1 o 2 historias	APEGO SEGURO MARGINAL
El niño da respuestas no apropiadas, en términos de inseguridad, en 3 o más historias:	APEGO INSEGURO
• Respuestas muy defensivas, “no sé”, evitación de la tarea en tres o más historias	Evitativo
• Respuestas raras o inapropiadas en tres o más historias	Desorganizado
• Respuestas inseguras en tres o más historias pero cada una de un tipo, por ejemplo, en una historia muestra evitación, en otra historia respuestas extrañas, en otra agresividad	Desorganizado
• Respuestas de enfado, cólera y agresividad del niño hacia los demás, en tres o más historias	Ambivalente
• Mucha ansiedad de separación en la historia de la separación y respuestas de enfado en la historia de la reunión	Ambivalente

2. Podría resultar útil atender a los “indicadores” de seguridad, inseguridad y desorganización, tal como se hace en pruebas como la Story Stem Assessment Profile (Román, 2010). Es decir, atender a manifestaciones concretas que indican esos estilos de apego, sin preocuparse tanto en encajar al niño en un estilo concreto de apego.

Considerando estas aportaciones, nos atreveríamos a ofrecer estas guías de valoración de las narrativas que un niño nos va a proporcionar en la ACST:

-Apego seguro. Da lugar a historias donde el malestar del niño recibe una respuesta adecuada por parte de los adultos, en el sentido de protegerle y aliviarle. De forma más concreta podemos analizar historia por historia:

- Historia del zumo derramado. Algún adulto lleva a cabo alguna acción dirigida a solucionar el problema (es decir, limpiar lo ensuciado y volver a disponer de zumo), ya sea por propia iniciativa o porque el niño pide ayuda. Aunque pueda aparecer alguna conducta sancionadora, no es desproporcionada y no impide la acción reparadora.
- Historia del parque. Algún miembro de la familia tiene en cuenta el dolor del niño y hace algo para solucionar el problema (le localizan, le curan, le procuran ayuda, le calman...). Aunque pueda aparecer alguna conducta sancionadora, no es desproporcionada y no impide la acción reparadora.
- Historia del monstruo. Algún miembro de la familia interviene para atender el miedo del niño (acude a su habitación, le consuela, le tranquiliza, le libra del monstruo...). Si es el niño el que sale de la habitación en busca de sus padres, el apego seguro se reflejará en que aun así los padres hacen algo para atender a ese miedo y librarle de él.
- Historia de la separación. El niño acepta la separación, no manifiesta una excesiva ansiedad y/o usa alguna estrategia de afrontamiento para gestionarla (jugar, comer, recibir el cuidado sustituto de la abuela...).
- Historia de la reunión. El reencuentro es positivo y reconfortante para el niño, lo que se refleja en saludos de bienvenida, expresiones de afecto hacia los padres, una respuesta de tranquilización frente a la angustia anterior, o el despliegue de actividades conjuntas (irse a jugar o a comer juntos...)

Algunos marcadores que apuntan a la existencia de una estrategia propia del apego seguro serían: el niño busca ayuda, el hermano ayuda, el adulto consuela, el adulto ayuda, el adulto protege, y asistimos a escenas agradables de la vida doméstica.

- Apego inseguro. Para entender las historias que caracterizarían a un apego inseguro debemos tener en cuenta una idea central en cuanto al apego. Un niño que no ha desarrollado un modelo de apego seguro, ante la activación del sistema de apego se va a encontrar en un ámbito de funcionamiento problemático. En efecto, sus vivencias de vulnerabilidad no son validadas, y además no va a recibir la protección demandada. Por tanto, es posible que la activación del sistema de apego (en su

vida cotidiana o a través de la estimulación mediante una prueba de evaluación) despierte angustia. Y que por ello aparezcan respuestas erráticas o evitativas. Y así, encontraremos que el niño:

a) Se bloquea y no responde, o finaliza las historias abruptamente.

b) Intenta evitar la tarea (p.e. insiste en que le cuenten otra historia, dice que esa historia no le gusta, responde reiteradamente con “no sé”, se limita a señalar los personajes, etc.)

Por tanto, estas respuestas apuntan a un apego inseguro. En algunas ocasiones, encontraremos que el niño sí revela unos esquemas más claros en la línea de la evitación o de la ambivalencia, a veces equilibrados (en unos momentos recurre a una estrategia, y en otros momentos recurre a otra); otras veces las estrategias estarán dirigidas claramente hacia un estilo (evitativo o ambivalente). Así:

- Si el niño ha interiorizado un Modelo Operativo Interno que implica que el otro no está disponible y que uno mismo debe apañárselas, ofrecerá respuestas propias de un apego evitativo. En sus historias el niño no pedirá ayuda y no echará de menos a los adultos, y los cuidadores no responderán con una actitud de protección y cuidado (sino más bien con distancia, negligencia u hostilidad).

- Si el niño ha interiorizado un Modelo Operativo Interno que implica que el cuidador es poco predecible, que resulta inconstante, y que por tanto podría ayudar o no, y que frecuentemente será necesario ser muy demandante para lograr su ayuda, ofrecerá respuestas propias de un apego ambivalente. En el núcleo de las historias aparecerá un cuidador poco fiable, ante quien el niño se vivencia desamparado y hacia el que debe expresar intensamente su demanda de cuidado, ya sea de forma colérica o subrayando su vulnerabilidad. ¿Cómo se refleja esto en las historias?:

- con énfasis en la vulnerabilidad del niño y/o la generación de demandas imperiosas de cuidado.
- con dificultades para calmarse cuando se recibe la protección y el cuidado tras una crisis.
- con expresiones de cólera o enfado hacia los adultos.
- en la historia de la separación, es evidente la ansiedad que provoca el alejamiento de los padres: el protagonista llora, no acepta la separación (insiste en que no se han ido, fuerza la historia para que el niño se vaya con ellos...), el estado emocional que le sigue es muy displacentero, es

incapaz de vincularse en una actividad gratificante, tiene un comportamiento problemático...

- en la historia de la reunión, el protagonista tiene dificultades para recibir a los padres de forma cálida; más bien mostrará una rabieta, les agradecerá, estará irritable...

- Apego desorganizado. Los elementos que pueden caracterizar este tipo de apego girarán en torno a la desorganización del discurso, la presencia de contenidos sumamente anómalos (por la violencia o lo inexplicable de la conducta), o la sustitución del sistema de apego por otros alternativos (fundamentalmente el relacionado con el control agresivo del entorno). Así, algunos indicadores de este tipo de apego serán:

- Historias incoherentes, desorganizadas, no relacionadas con el contenido propuesto, o donde aparecen personajes no incluidos en el relato iniciado por el evaluador.
- Uso simultáneo de estrategias poco compatibles entre sí (evitativas y ambivalentes).
- Falta de ajuste entre lo que se cuenta y la expresión emocional que le acompaña (por ejemplo, reírse ante una escena dramática).
- Inclusión de conductas parentales claramente inapropiadas (violentos, muy negligentes...).
- Expresión de violencia desproporcionada por parte del protagonista.

Como podrá comprobarse en relación a estos criterios, se mantiene una doble mirada: al contenido y a la forma de la comunicación. En efecto, lo que le ocurre a los personajes puede dar indicaciones valiosas sobre cómo se representa el niño una situación de activación del apego. Pero al mismo tiempo, los patrones de apego están en la base de la propia organización del pensamiento, y por tanto del discurso. Éste es el fundamento de pruebas de evaluación tan reconocidas como la Adult Attachment Interview (AAI), donde lo realmente importante no es lo que el paciente dice sino cómo lo dice. Volviendo a la ACST, esto significa atender a la coherencia narrativa (la habilidad del niño para abordar y resolver el conflicto que se le ha planteado en la prueba, mientras se hilaba una historia que le dé sentido), la desorganización (si existen respuestas incoherentes o que muestren una agresión descontrolada, en la medida en que esto sugiere que los procesos cognitivos se ven arrollados por emociones muy intensas) y la evitación (reflejado en un abordaje que

soslaya la tarea -se ofrece un relato desconectado del que propone la prueba- o más directamente en un rechazo a elaborar una historia) (Robinson, 2007).

Debemos finalizar con una advertencia ya apuntada antes. Al igual que ocurre en otros ámbitos de funcionamiento psicológico, es posible encontrar “casos puros”, fáciles de adscribir a una categoría determinada. Pero es muy habitual encontrar casos mixtos. Esto adquiere una especial relevancia en la medida en que pensemos en las manifestaciones de apego como estrategias de manejo de relaciones interpersonales en unas situaciones específicas; desde esta consideración de los tipos de apego como formas preferenciales de actuar, más que como rasgos de personalidad, podemos entender que la mayoría de las personas tendremos a nuestra disposición un catálogo de estrategias (seguras, evitativas, o ambivalentes); posiblemente las personas más sanas sean aquellas que cuentan con cierta flexibilidad, de modo que puedan usar una u otra en función de las circunstancias; las personas más “insanas” estarían asentadas rígidamente en alguna forma de estrategia de inseguridad. Finalmente, el apego desorganizado se entendería como una forma de colapso: la incapacidad de usar una forma organizada de gestión de la vulnerabilidad. En relación a la ACST esto va a implicar que a lo largo de las distintas historias podrán surgir rasgos de los cuatro tipos de apego. Es más, en el caso de los niños que tienden al apego desorganizado, es habitual que comiencen con historias propias de un apego inseguro, y que conforme va avanzando la prueba (y se va exponiendo a más situaciones angustiosas), sus relatos se vayan desorganizando (en forma y contenido), y será sólo al final cuando quede en evidencia esta forma de apego.

CONCLUSIONES

La Teoría del Apego ha experimentado un desarrollo muy fructífero como teoría evolutiva, pero sus aplicaciones clínicas han ocupado hasta ahora un lugar secundario, dejándose así de aprovechar un rico bagaje de conocimientos cuya utilidad para los clínicos resulta evidente. Afortunadamente contamos con líneas actuales de desarrollo que nos están mostrando esa riqueza contenida dentro de la Teoría del Apego. De todas ellas hemos elegido una, la surgida de la feliz confluencia de las aportaciones en torno a las narrativas como modos básicos de organización de la vida mental, y el apego como una dimensión básica del desarrollo humano. Su concreción en una prueba de evaluación (la ASCT)

nos ha permitido conocer un instrumento con el que acercarnos a las representaciones internas de apego en la edad escolar; pero también nos ha ayudado a profundizar en el desarrollo del sistema de apego durante esos años tan importantes para el desarrollo de un ser humano.

Finalmente debemos hacer una invocación al desarrollo de una actitud particular en el uso de estas pruebas de evaluación. Frente a los obstáculos que algunos de sus creadores imponen (instrumentos muy orientados a la investigación, dificultad de acceso a ellos...) hemos optado por la búsqueda y adaptación de pruebas que resulten convenientes y accesibles en entornos clínicos; de igual manera, hemos apostado por una actitud basada en la búsqueda de precisión en la comprensión teórica y de creatividad en su aplicación práctica. Es decir, no ajustarse excesivamente al rigor testológico, y compensar esta flexibilidad a través de un conocimiento profundo y riguroso de las dimensiones conductuales básicas que configuran el sistema de apego.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bettmann, J.E., y Lundhal, B.W. (2007). Tell me a story: a review of narrative assessments for preschoolers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24, 455-475.
- Bretherton, I., y Oppenheim, D. (2003). The MacArthur Story Stem Battery: development, administration, reliability, validity, and reflections about meaning. En R.N. Emde, D.P. Wolf y D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 55-80). New York: Oxford University Press.
- Cantero, M.J. (2006). *Apego infantil: evaluación y posibles líneas de intervención*. VIII Congreso Estatal de Infancia Maltratada. Santander, Noviembre de 2006.
- Emde, R.N. (2003). Early narratives: a window to the child's inner world. En R.N. Emde, D.P. Wolf y D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 3-26). New York: Oxford University Press.
- Emde, R.N. (2007). Engaging imagination and the future: frontiers for clinical work. *Attachment & Human Development*, 9, 295-302.
- Fonagy, P., y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380.

-
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos Graves de Personalidad*. México D.F.: Manual Moderno.
- Kernberg, O. (2005). *La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico*. Barcelona: Paidós.
- Liotti, G. (2008). La relación terapéutica con el paciente borderline: un análisis en términos de desorganización del apego. En S. Yáñez (comp.), *La Teoría del Apego en la clínica, I. Evaluación y clínica* (pp. 163-186). Madrid: Psimática.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: an illustration of the contributions of Attachment Theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 21*, 232-252.
- Murray, L. (2007). Future directions for doll play narrative research: a commentary. *Attachment & Human Development, 9*, 287-293.
- Robinson, J.L. (2007). Story stem narratives with young children: moving to clinical research and practice. *Attachment & Human Development, 9*, 179-185.
- Román, M. (2010). *El apego en niños y niñas adoptados. Modelos internos, conductas y trastornos de apego (Tesis Doctoral)*. Universidad de Sevilla
- Román, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción Psicológica, 8*(2), 27-38.
- Stern, D.N. (1997). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wolf D.P. (2003). Making meaning from emotional experience in early narratives. En R.N. Emde, D.P. Wolf y D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 27-54). New York: Oxford University Press.
- Yáñez, S. (2008). La Teoría del Apego como marco de referencia en clínica: aplicaciones clínicas de la Teoría del Apego. En S. Yáñez (comp.), *La Teoría del Apego en la clínica, I. Evaluación y clínica* (pp. 55-94). Madrid: Psimática.

LOS AVATARES DE LA ADOLESCENCIA EN NUESTRA ÉPOCA, A RITMO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS*

THE VICISSITUDES OF ADOLESCENCE IN OUR TIME, TO THE RHYTHM OF NEW TECHNOLOGIES

Elisa Peinado Muñoz**

RESUMEN

Este trabajo es una invitación a la reflexión sobre nuestra escucha y quehacer en la clínica psicoanalítica contemporánea.

Se parte de la base que los cambios socioculturales en nuestra sociedad postmoderna, entre ellos la irrupción e inmersión de las nuevas tecnologías, producen transformaciones y aparición de configuraciones subjetivas inéditas. Pensamos que este panorama nos convoca como profesionales a afinar nuestra escucha y ampliar nuestra mirada, si queremos acompañar y sostener a nuestros adolescentes.

Somos partidarios del "uso" de dispositivos en la consulta si así lo solicitan, para facilitar la representación de su mundo interno, en la interacción continua entre el empuje pulsional y la relación objetal.

Se presentan distintas viñetas clínicas, provenientes de casos del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infanto Juvenil de Aragón (AAPIPNA), en las que se plasma el trabajo psicoterapéutico.

Palabras clave: Adolescencia, nuevas tecnologías, configuraciones subjetivas contemporáneas, nativos digitales.

ABSTRACT

This paper is an invitation to consider our listening and way of proceeding in our contemporary psychoanalytic clinical work.

It takes as a starting point for reflection the sociocultural changes in our postmodern society, including the emergence and the immersion of new technologies, which produce transformations and the appearance of new types of subjective organizations.

This scenario calls us as professionals to attune our listening and broaden our view, in order, to accompany and support our adolescents.

We are in favor of the "use" of devices in the consultation room if we are requested to, to facilitate the representation of their internal world, in the continuous interaction between the drive and the object relationship.

Different clinical vignettes are presented, all cases that belong to the Program of Support for Child and Adolescent Mental Health in Aragón (AAPIPNA), which shows the psychotherapeutic work.

Key words: Adolescence, new technologies, contemporary subjective organizations, digital natives.

* Symposium presentado en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título "Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social" fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Psicóloga. Psicoterapeuta de orientación psicoanalítica. E-mail: elisa@psicologazaragoza.es

“Los hombres se parecen más a su época que a sus padres. (...) y los hombres y las mujeres de hoy difieren de sus padres y de sus madres, porque viven en un presente que quiere olvidar el pasado y no puede creer en el futuro”.
Guy Debord (1990)

Los psicoterapeutas de hoy en día, estamos atravesados por el cambio sociocultural que vivimos. Es la época de las prisas (todo tendría que estar para ayer), lo light, lo eficaz, lo positivo, la eterna juventud. Sin apenas lugar para el esfuerzo, el afecto, el tiempo de sentir, la sabiduría, la espera, los valores, etc. Este momento socio-histórico, el nuestro, dista mucho de la época victoriana, tradicional y represiva, estamos en la modernidad líquida (Bauman, 2002).

Las instituciones sociales, políticas, judiciales y educativas se han visto obligadas a dar una respuesta, a los cambios vertiginosos que vivimos, sin estar preparadas para ello. No existen teorías ni experiencia previa, que puedan ser el cimiento de una valoración profunda, sobre lo que está aconteciendo y como atenderlo. Lo que nos convoca desde el psicoanálisis, en interacción con otras disciplinas, a prescindir de lo obsoleto, dejar atrás visiones restringidas y reflexionar desde una perspectiva interdisciplinar y compleja, sobre la trascendencia de la realidad social actual.

Estamos inmersos en la crisis del patriarcado, traspasados por nuevas formas de vinculación afectiva y sexual, lo que da lugar a muy diversos entramados familiares. El padre como función que transmite una ley y un orden, ha sufrido un declive importante, los vínculos verticales han dejado paso a los horizontales, produciéndose una confusión de generaciones y lugares, junto a una pérdida de investidura de las figuras de autoridad. La familia tradicional de una pareja

heterosexual, casi es lo extraordinario, se han multiplicado las nuevas configuraciones familiares, homoparentales, monoparentales, ensamblamientos de familias, con hijos de cada miembro de la pareja y comunes. Los divorcios han aumentado exponencialmente, las alianzas son cada vez más breves en el tiempo. Se ha producido una crisis de la familia extensa como red de contención, por lo tanto, las obligaciones, enfermedades, vacaciones, responsabilidades recaen sobre un número más reducido de adultos, sintiéndose cada vez más sobreexigidos y buscando apoyos fuera, lo que conlleva que intervengan múltiples figuras en las funciones maternantes. Todo este cosmos familiar y social descrito, produce efectos en la crianza de los hijos y en el debut de nuevas subjetividades, así como en la necesidad imperante, de atender los conflictos actuales emergentes.*

Ya Winnicott en 1955, vaticinaba:

“Sería agradable poder aceptar en análisis solamente a aquellos pacientes cuyas madres, al comienzo y durante los primeros meses de vida, hubiesen sido capaces de aportar condiciones suficientemente buenas. Pero esta era del psicoanálisis se está acercando irremisiblemente a su fin” (Winnicott, 1995, pp. 386).

En contraste con los pacientes de la época victoriana, que estaban constituidos bajo la égida de la represión, hoy en día, nos llegan a consulta pacientes escindidos, confusos y con una profunda sensación de soledad, a pesar, de estar inmersos en la multitud. Se sienten avasallados, porque tendrían que estar estupendamente, cumpliendo lo que se “vende” socialmente -sin poder permitirse sufrir o no ser lo suficientemente exitosos- lo que provoca que cada vez se sientan más fragmentados y con una angustia más desbordante, tapando agujeros psíquicos con dinero, títulos, drogas, vacaciones, en definitiva, ¡cosas guay! En la búsqueda del paraíso perdido, con la expectativa de

* Estas elaboraciones vienen siendo realizadas en distintas presentaciones que se han efectuado por un grupo de trabajo, adscrito a la Asociación Aragonesa para la Investigación Psíquica del Niño y del Adolescente (AAPIPNA).

- VII Simposio de la Sección de Psicoterapia Psicoanalítica y la Sección de Niños y Adolescentes de FEAP. “Nuevas miradas sobre qué hacer psicoterapéutico” Título de la comunicación: “Navegando al borde del abismo: ruta por construir...destino desconocido” Celebrado en Zaragoza, octubre 2015. Ponente: Elisa Peinado.
- III Congreso Internacional de Inteligencia Emocional y Bienestar. Título de la comunicación: “Efecto del ataque activo contra la capacidad intelectual. Programa de Apoyo a la Salud Mental Infanto Juvenil en Aragón”. Realizado en Zaragoza, mayo de 2017. Ponentes: Elizabeth Palacios y Elisa Peinado.
- III Congreso Nacional de Psicoterapia FEAP. Trabajando juntos por la psicoterapia. “La inteligencia contra sí misma. Trabajando en red en un servicio de Salud Mental Infanto juvenil”. Celebrado en Madrid, noviembre de 2017. Ponente: Elizabeth Palacios.

poder lograr una pareja a la carta y unos hijos mirados, a través de la profecía de cumplir su propio ideal.

El filósofo Byung-Chul Han, describe nuestra sociedad como “la sociedad del cansancio”, sostiene que el hombre contemporáneo ya no sufre ataques virales del exterior, sino que se corroe a sí mismo, entregado a la búsqueda del éxito, en un recorrido narcisista, que lo aboca a la nada. Analiza la diferencia entre la masa clásica y la nueva masa, a la que llama “enjambre digital”, que consta de individuos aislados, carentes de alma y de un nosotros incapaz de andar juntos, con un objetivo común. Y asevera que la hipercomunicación digital nos aleja de los otros, aunque pensemos que nos acerca: “... destruye el silencio que necesita el alma para reflexionar y ser ella misma. Se percibe solo ruido, sin sentido, sin coherencia” (B. Han, 2014).

Y en este escenario convulso, nos encontramos con niños y jóvenes, solos, perdidos. Víctimas de la situación epocal que les ha tocado vivir y por si no fuera suficiente, sancionados por ello, obligándoles a dictámenes sociales caducos, entre ellos el sistema educativo. Sin entender, que el acceso masivo que los niños y adolescentes tienen en la actualidad a los medios tecnológicos, contribuyen a la decadencia del modo clásico de aprender y enseñar. Ya que se han producido nuevas modalidades de atender y comportarse, tales como atención a lo visual, nuevos estilos perceptuales que implican una diferente síntesis cognitiva, la cual es conectiva y paradójica, en contraste con lo secuencial.

A nuestras consultas llegan habitualmente derivados desde los centros escolares, por diversas causas, a saber, malos resultados académicos, se mueven en exceso, son desafiantes, no se concentran, están abstraídos en su mundo, el rendimiento no es acorde con la inteligencia, etc. En multitud de ocasiones, estos chicos ya han sido vistos en el sistema sanitario, otras, las derivaciones son directas. Cuando arriban después de un recorrido médico, se sienten cansados, desencantados y poco confiados, tanto ellos como las familias. La intervención comienza por el diagnóstico a través de un manual, poniéndose el foco en lo cualitativo, vistos como síntomas y trastornos. Sin la profundidad de ser mirados como personas integrales, con un mundo subjetivo propio, entramado con sus conflictos y sus defensas, sus miedos y sus ilusiones. En definitiva, una persona que sufre y que merece ser tratado en sus aspectos emocionales con la misma calidad, que si fuese una dificultad física u orgánica. Una vez “etiquetados” y ya calmada la ansiedad del profesional al tenerlo clasificado, la intervención “princeps” y la mayoría de

las veces única, es el tratamiento farmacológico. Los chicos son medicados, se quedan más quietos, molestan menos a los adultos y parece que se concentran más, quizás, podríamos cuestionarnos: ¿si lo qué hacemos en realidad, no es anestesiarnos? Lo que sí afirmamos sin margen de duda, es que ni su aprendizaje, ni su forma de investir el mundo, con curiosidad y deseo, conlleva ninguna transformación. Tampoco es tenido en cuenta el efecto que esos fármacos, pueden producir ni a corto ni a largo plazo en una constitución psíquica en pleno dinamismo. Lo cual lleva a plantearnos como profesionales de salud mental ¿Cómo abordar el sufrimiento de niños y adolescentes de nuestra sociedad actual? ¿Cómo escucharlos y hacernos escuchar por ellos y por los adultos que dependen?

LOS ADOLESCENTES DE HOY Y DE AYER

La adolescencia es una fase somatopsíquica tumultuosa, per se, con características propias, aunque los diferentes contextos socioculturales asignarán matices peculiares, en los que se pondrá en juego diversas maneras de tramitar los duelos y procesos identificatorios, que van a tener que ir transitándose.

El trabajo psíquico inherente a la adolescencia, se basa en tres puntos básicos que planteó Freud (1905), en *Metamorfosis de la pubertad*: la subordinación de la pregenitalidad a la genitalidad, el establecimiento de nuevos objetivos sexuales heterosexuales y la consolidación de la exogamia.

Si no se quedan atrapados en una pseudoadolescencia, en mayor o menor medida coincidirán en una operatoria mental, descrita por A. Aberastury y M. Knobel (1971) como: “síndrome de adolescencia normal” En cuyo discurrir tendrán que atravesar tres duelos: el duelo por el cuerpo de niño, a la par, que del rol e identidad infantil y el duelo por los padres de la infancia. El adolescente se va a preguntar: ¿Quién soy? ¿Soy hombre o mujer? ¿Me gustan los chicos o las chicas? ¿Tal vez ambos? Ya no alcanza quien era, el niño, pero tampoco sabe quién es. Tendrá que ir significándose, encontrándose, ya que por momentos se siente despersonalizado, al estilo de Gregorio Samsa, el protagonista del relato “*La metamorfosis*” (Kafka 1915), para ello será fundamental el grupo de pares. Los padres dejan de ser ideales, los todo poderosos, de hecho por momentos son descalificados, denigrados. Abriéndose un combate cuerpo a cuerpo, en que si las figuras parentales no están presentes, pero sin perder su lugar (siendo respetuosos y

comprensivos) puede terminar siendo una batalla campal, que muchas veces concluye en los juzgados, buscando la ley externa. En todo ese transcurrir mental de profundos cambios psicobiológicos que conlleva la adolescencia, es fundamental pensarla en interacción con los padres, ineludible, que éstos les acompañen tramitando sus propios duelos, reactualizando sus propios proyectos de vida y sublimaciones.

Destacar como motor de todo este proceder psíquico que conlleva la adolescencia, el empuje pulsional de la pubertad, en la que van a vivir de forma azarosa cambios físicos en su cuerpo, sin precedentes. Siendo el principal de ellos, el encuentro y trabajo de elaboración de los genitales propios sexualmente madurados (Laufer, 1992), así como los del sexo opuesto, ya que tanto el incesto como el parricidio son posibles. De manera que se vuelve a hacer presente la angustia de castración, tanto por los deseos preedípicos narcisistas pasivos como por los edípicos activos.

Asbed Aryan va un paso más allá del modelo del duelo, y piensa como crucial tener en cuenta la reactivación narcisista y sus acaecimientos en la transferencia con el adolescente. Señala que es importante priorizar tanto la angustia que genera la pérdida del cuerpo infantil (considerando que es el aspecto más traumático de la reactivación narcisista durante la segunda elaboración del complejo de Edipo) cómo el encuentro que el púber debe soportar con un cuerpo nuevo, sin todavía haber creado fantasías para lo impactante de lo novedoso. Describiéndolo de la siguiente manera:

“(...) dos operaciones que, por ser divergentes y concomitantes, hacen que la experiencia puberal sea extremadamente confusa, siniestra y caótica, y presente muchas dificultades para su abordaje clínico, a la manera de las neurosis actuales”. (Aryan y Moguillansky, 2009, pp. 191).

Continúa diciendo:

“Desde el punto de vista pulsional, lo nuevo, lo original de la pubertad, es que esta vez (a diferencia del niño) la pulsión puede concretar un encuentro con el objeto, no se inhibe en su fin. Se manifiesta acabadamente. Pero debido a la prohibición del incesto y del parricidio, la pulsión debe encontrar otro objeto”. (Aryan y Moguillansky, 2009, pp.200).

Esto hace que en el púber, al poder consumir el acto sexual con los padres, se erijan nuevas defensas, reprimiendo e imposibilitando un encuentro sexual

deseado, pero a la vez temido. Lo cual genera un vacío y una pérdida narcisista, que lo deja perplejo y pasivo de nuevo, al tener que alejarse de los padres respecto a aspectos más tiernos y emocionales.

Y por último, enunciaremos su planteamiento sobre la adolescencia como un devenir intersubjetivo, análogo a nuestro pensamiento clínico:

“Pienso que la pubertad-adolescencia es un proceso absolutamente intersubjetivo. (...) Así como para el infans humano es imprescindible la presencia de otro ser humano (generalmente la madre) para que su potencial se desarrolle y se transforme en sujeto, es también imprescindible para el púber el intercambio dialéctico con su medio inmediato y mediato para que pueda ocurrir algo inédito en la subjetivación y que se refiere a que el individuo pueda pasar a soportar sobre sí mismo y enunciar la definición de su posición sexual simbólica”. (Aryan y Moguillansky, 2009, pp.197).

La diferencia respecto al infans humano y el púber, es que éste último, ya cuenta en su psiquismo con los tres procesos descritos por P. Aulagnier (1977). Pensamos que lo novedoso en el púber es lo somático que se le impone, a modo de pictograma, a lo que enseguida se le añadirá lo primario recubriéndose de fantasías y lo secundario, despertando la organización psíquica “dormida” de la latencia.

EL TRABAJO PSICOANALITICO CON ADOLESCENTES

La adolescencia fue vista durante mucho tiempo, como una tierra inhóspita sin explorar. Ana Freud, considerada una de las pioneras del psicoanálisis de adolescentes, la describía de la siguiente manera en 1958: “una hijastra en lo que respecta al pensamiento psicoanalítico (...) El tratamiento analítico de un adolescente es una aventura azarosa del principio al fin”.

Poco a poco, esto fue cambiando y hoy en día la adolescencia ha adquirido un lugar fundamental tanto en el psicoanálisis, como en la sociedad. Hay multitud de estudios y bibliografía sobre teoría, técnica y clínica sobre ella.

Siguiendo a Castoriadis (1996), pensamos que el proceso identificatorio se desarrolla en continua interacción de la persona con las distintas instituciones imperantes, las cuáles transmiten la cultura, es decir, las significaciones que le son específicas. Este proceso de socialización implica la capacidad de la psique de sublimar, es decir, de transformar el objeto y los fines

de sus pulsiones. La psique se socializa en la medida que se incorpora el magma de significaciones sociales vigentes y la sociedad sobrevive, al mismo tiempo, gracias a lo que le ofrece el colectivo. Produciéndose una retroalimentación mutua y continúa.

Por lo tanto, partimos de la base de que la época que nos ha tocado vivir, tal como la oferta simbólica actual a través de las nuevas tecnologías, produce cambios en la subjetivación, ligados éstos, a los movimientos socioculturales que los adolescentes están transitando. Lo cual hace que tenga unos efectos y que se creen unas expectativas sobre ellos, por señalar algunas:

- Que sean autosuficientes, hiperactivos, transgresores, hedonistas, etc.
- Pseudoadultos, con poca necesidad de los otros, y con un saber cuasi mágico, para tomar decisiones que no corresponden a su edad.
- Un máximo de eficiencia y éxito, no conflictivo, a ritmo de nuestra época.
- Inmersos en las nuevas tecnologías, habituados a su uso, con una importante dimensión corporal y ruptura de la continuidad intergeneracional.

Los adolescentes de hoy en día, son “nativos digitales” término acuñado por M. Prensky (2011). Han nacido y se han desarrollado en un contexto en el que las nuevas tecnologías han formado parte de su cotidianidad. En definitiva, lo han “mamado”, es su lengua materna. Con unas características peculiares de atención, percepción y procesamiento de esa información, que para nosotros los adultos son ajenas. Tales como:

- Absorben, gran cantidad de información multimedia.
- Emergencias e irrupciones de nuevas modalidades de atención y comportamiento.
- Aprendizaje rápido, diversificado y masificado.
- Utilizan y consumen simultáneamente múltiples fuentes de datos
- Esperan respuestas instantáneas
- Permanecen comunicados permanentemente y funcionan mejor en red
- Crean sus propios contenidos
- Son jóvenes multitarea

Por ello, pensamos que es muy importante afinar nuestra escucha, estar atentos a su idioma, a su forma de pensar, de vestir, de inscribirse el cuerpo, de su prolongación con las pantallas, de su dificultad para no estar conectado, etc, Solo así podremos crear un encuentro. Porque sin

encuentro, no hay posibilidad de crear nada nuevo. Siguiendo a Puget:

“El espacio analítico concita tanto el pensar en, como el pensar entre dos y el pensar con. En un caso el analista sostiene al analizando, sea este un solo o varios, respetando el desarrollo de su reflexión al ubicarse en la lógica del campo transferencial-contratransferencial. Pero el pensar entre dos nos llevó a Berenstein y a mí a proponer la existencia de un más allá de dicho campo. A partir de allí, creamos un término, campo interferencial (...) Se trata de considerar que el analista es también otro, que con su presencia frena la activación del mundo interior, el de las representaciones, e impone un nuevo pensar”. (Puget, 2015, pp.51). (El subrayado es nuestro).

Lo novedoso del encuentro con otro es el poder estar abiertos al devenir de lo que pueda ocurrir. Ante esa presencia nuestras mentes no siempre están dispuestas a facilitarla, tal como nos lo indica Puget. Podemos buscar explicaciones, interpretaciones, teorizar, pero si no somos capaces de conectar con ellos emocionalmente, ofreciéndoles un lugar, una presencia y una escucha genuina, se abrirá una brecha generacional y un sinsentido, insalvable. Palacios lo enuncia así: “El área de encuentro que se genera entre dos selfs, en donde la expectativa de conocer al otro está presente, permite que el intercambio sea posible. Este intercambio se basa en la noción que el otro es un terreno desconocido que deseamos poder aprehender...” (Palacios, 2018)

Pero tal vez, sin ser del todo conscientes, podemos estar pre(ocupados) por mantener viejas ortodoxias que nos impiden ver lo que vivimos en nuestra clínica, adolescentes con subjetividades propias de este momento, que necesitan volvamos a pensar nuestro abordaje técnico. M. Klein hizo alusión en su momento, al cambio necesario para trabajar con niños:

“La diferencia entre nuestros métodos de análisis (de niños) y el análisis del adulto es puramente de técnica y no de principios (...) Por lo tanto, no solamente nos ajustamos a las mismas normas del método analítico para adultos, sino que llegamos también a los mismos resultados. La única diferencia reside en que adaptamos sus procedimientos a la mente del niño” (Klein, 1964)

A nuestro modo de entender, esta afirmación es totalmente afín a la clínica con adolescentes. Solamente a partir de conocer su mente, podemos adaptar nuestra técnica y crear un encuentro intersubjetivo, que haga posible no sólo reeditar lo antiguo, lo (pre) edipico, sino

(re)producir algo novedoso psíquicamente. Y evitar el abandono terapéutico, si se encuentran con más de lo mismo.

Pensamos que en este panorama, en el que las nuevas tecnologías son ya inherentes a nuestro vivir, somos convocados como profesionales a afinar nuestra escucha y ampliar nuestra mirada, moviéndonos de nuestra zona de confort, si queremos acompañar y sostener a nuestros adolescentes. Debido a que no sólo es una moda pasajera, en la que los adultos somos del mundo analógico y ellos son “nativos digitales” ¿Cómo si no, vamos a comprender su mundo, transitar con ellos su geografía, su cultura? ¿Acaso no tendremos que conocer su idioma para poder comunicarnos?

Por lo dicho anteriormente, somos partidarios del “uso” (Winnicott, 1971) de dispositivos en la consulta si así lo solicitan, ya que da lugar a toda una representación del mundo interno, en la interacción continua entre el empuje pulsional y la relación objetal, mostrándolo a partir de lo que elige en cada momento, su proceder de cómo lo gestiona, si hace partícipe al terapeuta o no, las asociaciones que vienen aparejadas al desarrollo, su actitud ante las distintas vicisitudes que tiene que ir manejando, etc.

No es lo mismo, un adolescente que lo utiliza como un objeto transicional (Winnicott, 1951, 1971) que otro, que lo “usa” de una manera restrictiva, defensiva o desobjetalizante. Y esto no tiene que ver con el dispositivo, si no con su idiosincrasia personal. Dependerá del distinto entramado representacional con el que cuenta, en definitiva, de su mundo interno. Si podemos leer entre líneas, de esos diferentes compases que nos expresan, a través de la dispar y particular escenificación de sus procesos psíquicos, a saber, el Originario (P. Auglanier), Primario y Secundario (S. Freud) y terciario (A. Green) tanto en la misma sesión, como en el transcurrir de un trabajo terapéutico en el tiempo. Por medio de la transferencia, se van viendo y permitiéndonos trabajar terapéuticamente con ellos, chicos más fieles a sus fijaciones, y otros, con más ductilidad y creatividad.

Desafortunadamente en nuestras consultas, recibimos con mayor asiduidad psiquismos con fallas constitutivas importantes. Observamos, como algunos adolescentes, nos quieren “hablar” en su idioma y desean comunicar(nos) a través de las nuevas tecnologías, in situ, en la transferencia. Sin embargo para otros, es la única forma de poder tolerar un encuentro y para todos, es un medio en el que nos van a ir mostrando escenas de su mundo interno. A continuación pasaré a

describir distintas viñetas clínicas de chicos muy graves. Algunos pertenecientes al Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantojuvenil, adscrito a la Asociación Aragonesa para la Investigación Psíquica del Niño y del Adolescente (AAIPNA). Casos familiares de plena actualidad, en los cuales es necesario el abordaje con múltiples transferencias, junto a una coordinación en red multiprofesional con el entorno escolar, jurídico y la inclusión de un acompañante terapéutico que pudiera hacer de yo auxiliar, en momentos cotidianos fuera de la consulta.

Pedro usa el ipad, así puede permanecer en su bunker, con un sistema defensivo férreo, que los profesionales de la salud mental, llamamos defensas autistas. El cómo otros muchos chicos vienen agarrados a las pantallas, representando para ellos refugios psíquicos (Steiner 1994), con una función desobjetalizante. Exiliados del mundo real, atrapados en su realidad paralela. No han podido ir construyendo su subjetividad y necesitan las pantallas para sostenerse, replegándose sobre ellas y depositando su libido. Se podría pensar como objeto transicional (Winnicott, 1951, 1971) pero en los casos que me refiero, no hay transición de los objetos primarios al mundo, se quedan allí, en el espacio virtual como destino. Que no tiene nada que ver con el placer de jugar, de interconectarse, sino con el goce. Un goce mortífero y repetitivo, fascinados, imposibilitándoles incluirse en la realidad, que la sienten hostil y gris, no habitable.

Otros a través del trabajo terapéutico, pueden hacer un uso más de tipo transicional, en el que van tramitando y elaborando sus identificaciones, su diferenciación yo-no yo, su estar en el grupo de iguales, su narcisización, etc. Incluso van sublimando y desarrollando una creatividad de forma espectacular. Ejemplos de ello, son Sara y sus sombras y Sera, el chico junco.

PEDRO Y SU BUNKER

La llegada al mundo de Pedro es el preludio de cómo se ira sintiendo a lo largo de su vida. El desenlace de una pareja, que se encuentran y automáticamente, se quedan engarzados en una relación simbiótica. A los escasos meses de conocerse, piensan en tener un hijo, pero no lo desean, no lo esperan, no pueden “ensoñarlo” (Bion, 1970). Y en todo este ambiente no facilitador (Winnicott, 1963) nace Pedro. La mamá se desestabiliza y el padre con unas dificultades severas para sostenerse él mismo, hace lo que puede. A partir de su nacimiento, en esta amalgama familiar –aunque, paradójicamente, no ocupará lugar de hijo-

estalla una guerra de infidelidades, amenazas, violencia y persecuciones.

Pedro llega a consulta, tiene 14 años, camina por el pasillo pegado por momentos a la pared, como si se chocara o necesitara sostenerse rozándose a ella.

Se despide de su madre como no registrando la separación. Con un hablar, más propio de un nene pequeño, entrecortado y escasamente audible. Acompañado por unos movimientos tranquilizadores sin tregua (enroscándose el pelo con el dedo, acariciándose la cabeza dándose la vuelta entera, como si fuese otra persona la que lo hiciera). En otros momentos pasaba a posturas más peligrosas, contorsionando sus piernas hasta límites insospechados, sin al parecer, tomar contacto que eran de carne y hueso.

Hasta que de pronto mira el ipad, se agarra a él, casi se pega y así, vamos creando de a poco, un vínculo de confianza. Ofreciendo un tiempo donde puede sentir que habita el espacio, el que juntos vamos construyendo, cuerpo a cuerpo y mirada a mirada. Todo el rato sentado junto a mí.

Partiendo de la idea para mi fundamental (Aulagnier, 1977) del encuentro como fundante de la constitución psíquica y el continuo proceso de encuentro con los demás a lo largo de la vida, como fuente de identificaciones incesante. Podemos preguntarnos: ¿Qué encuentro tuvo Pedro con la figura o figuras que ejercían la función maternante? ¿Cómo fue su advenir de cuerpo a cuerpo psíquico? Ya que sabemos que el cuerpo biológico es, y lo psíquico, devendrá.

El encuentro del bebé con la madre, es un encuentro cuerpo a cuerpo, a través de la alimentación, caricias, susurros, tono de voz, forma de sostenerlo en brazos, sensaciones de calor, olor y todo ello envuelto en un baño de miradas, de amor etc. Podemos asociarlo con las funciones maternas de Winnicott (1970) es decir, el holding, handling y presentación de objetos. El cuerpo habla y no con palabras, que no tienen valor de significados, pero sí de significantes, inscripciones psíquicas de lo corporal o sensorial. Toda esta envoltura emocional, va a depender de la representación que se hizo esa mamá de ese hijo, ya que la subjetividad que viene a este mundo, llega desnuda y va a ser vital el contacto sensorial en el más amplio sentido de la palabra. Siendo necesario el Deseo de la madre, la presencia del principio de placer, ese estado que menciona Winnicott (1956) como locura transitoria “la preocupación maternal primaria”. Es imprescindible la presencia del principio de placer en las dos partes que integran el encuentro,

para que comience a trabajar el aparato psíquico y se inicie la puesta en marcha de representación para el proceso Originario. Estas primeras representaciones de lo corporal se denominan pictogramas, que son las marcas, la inscripción del principio del placer en el cuerpo pictograma, es principio de placer corporizado (Auglanier, 1977)

Sus figuras parentales, dadas las circunstancias, no pudieron ejercer de madres suficientemente buenas (Winnicott, 1956), no hubo un deseo de tener un hijo. La venida de Pedro puso a prueba la capacidad amparadora, siendo fallida. Los padres no soportaron la elaboración que impone el trabajo psíquico de nuevas inscripciones, ante el nacimiento de un hijo. Lo que provocó, que no se diesen las condiciones relativas al principio de placer y se produjeron fracasos severos en la constitución del pictograma de fusión (Auglanier, 1977).

En la actualidad, vive con la madre, (con)formando una amalgama, dos cuerpos y un psiquismo. Se comienza un trabajo individual y familiar. Los padres siguen olvidándose de él, es una guerra propia, dónde el hijo no ocupa un lugar. Se va pensando con ellos en esta línea y también en la inclusión del tercero, el padre y/o subrogados, cómo un acompañante. Ya que Pedro no sale de casa, ante la percepción de un mundo persecutorio, en que él se siente desvalido, sin recursos psíquicos para afrontar la incertidumbre del discurrir diario. Buscando la fusión con el dispositivo, con una pérdida de lazos significativos hacia fuera, aislado de chicos de su edad y metido en el mundo que se siente seguro, el virtual, su refugio psíquico (Steiner 1994). Está exiliado de la vida.

Pedro muestra a lo largo de la sesión y de su trabajo terapéutico, fallas importantes en su constitución yoica, no tiene constancia de la alteridad. Es decir, el reconocimiento de otro cuerpo, de un otro separado y diferente del propio. Siendo característico de lo originario, en que no hay posibilidad alguna de representación de la separación entre dos espacios corporales, y por tanto de dos espacios psíquicos. Él se pega al pasillo, se pega a mí y se pega al ipad, porque es la única forma de sostenerse. El ipad es usado en términos de E. Bick como una “segunda piel” (1968).

A lo largo del proceso, vamos trabajando la idea de poder soltarse un poco del ipad, dando apertura a la reflexión: ¿si era tan necesario o ya podía sostenerse solo? Probó, despegarse de él... Fue salir de su bunker -si oscuro, encerrado, reducido, sin vida exterior, pero defendido de los peligros del mundo- y sentirse arrojado a un campo abierto de minas, a un estado de terror sin

nombre (Bion, 1963). Al más terrible vacío, totalmente replegado sobre sí mismo y con angustias de aniquilación (Winnicott, 1956). Era tal su estado de devastación, que no es que no tuviera otros deseos, sencillamente no había deseo. Contratransferencialmente, tú no existías, pero él tampoco. Se sentía en una tierra inhóspita, no habitable.

¿Cómo escuchar a Pedro si no es adaptándonos a lo que él podía ofrecer? ¿Cómo sino crear un encuentro juntos, constitutivo, en que por primera vez se pudiera sentir mirado? Acaso no era importante trabajar en su idioma, con su “segunda piel” (Bick, 1968) el ipad, posibilitando un trabajo de elaboración y de nuevas significaciones al daño que se ocasionaba para sentirse vivo, excitado, real. Ejemplos de ello sería cuando metía el dedo en el radiador, se rascaba hasta hacerse sangre o se clavaba las deportivas en las piernas, acciones que a mí me producían sufrimiento, pero que él no podía evitar. Lo hacía ser y estar a través de la transferencia y de la presencia, se le daba un lugar, ligando, envolviendo con miradas y palabras, intentando regenerar esos agujeros, esas heridas en la piel psíquica.

SARA Y SUS AMIGOS SOMBRA

Sara tiene 15 años cuando llega a consulta aterrorizada entre las sombras de sus alucinaciones. Tenía un gran sufrimiento psíquico, se sentía perdida y no encontraba salida a su desesperanza. La mamá era incapaz de conectar con ella, sólo podía verla como un manojito de proyecciones, representando una nenita pequeña que deseaba todavía ir de la mano por la calle y que estaba siempre contenta y feliz. Tenía dificultad para registrar que su hija, pseudoadaptada o con un falso self (Winnicott, 1954) aparte de tener una gran dote de interpretación -en el intento de ser todo para ella-, se cortaba las piernas para sentirse viva (había un goce en ver correr la sangre, el color, la densidad, etc.). Se lanzó por las escaleras para dañarse, necesitaba ser encontrada desesperadamente, pero no había nadie que le pudiera mirar. Su padre trabajaba fuera y con la madre tenía una relación simbiótica, no había alteridad. Situación que ponía en jaque su conflictiva pre(edípica), deseaba ser vista, pero a la vez le molestaba el papá cuando llegaba y el hermano como subrogado de éste. Al final, acabo encontrando compañía, alucinando unos amigos, eran personajes/sombras, que por momentos le hablaban, había creado un mundo compartido al precio del terror más absoluto que a veces sentía.

Empezamos a pensar juntas, a significar lo que iba sintiendo. Los papás también se incluyeron en el

encuadre, sesiones al principio más seguidas y luego más esporádicas, trabajando para que él pudiera estar más presente, hacer más de tercero y la madre lo permitiera. A la par, que poder ayudarla a ver a su hija real, y no a la ideal. El trabajo fue duro al principio, porque la madre no se daba cuenta de la gravedad de lo que le ocurría psíquicamente a su hija. Mientras tanto Sara estaba desconectada del mundo real y del virtual. No sentía que tuviera amigos de verdad, sólo los que la madre le había conseguido, a través de otras mamás del colegio. Pero a la vez, quería convencerse de que si, eran “sus amigos” y la apreciaban. Podía sacar notas excelentes y ser una chica ejemplar que siempre se comportaba adecuadamente. Eso sí, escindida y escondida en los recreos en la biblioteca, alegando que quería leer. Y era cierto, le gustaba leer, disfrutaba, pero también era su tabla de salvación y salvoconducto a otros mundos de fantasía, aunque sola.

De a poco y con mucha dedicación, pudimos empezar a vislumbrar su yo más genuino, e ir construyendo su identidad difusa, descubrir lo que le gustaba realmente y lo que no, lo que deseaba, aunque le daba miedo. Como imaginarse el estar cerca de otras personas y las emociones que eso despertaba. A tener deseos sexuales, eso sí, no definidos, bisexuales. Todo ello, a partir de poder ir elaborando la relación dual con mamá y todos los aspectos (pre)edípicos y ambivalentes que iban surgiendo. Tal como el ir aceptando no ser el deseo de la madre, salir de esa captura y e ir encontrando el suyo. Aunque tuviese que renunciar con dolor, a no ser la niñita ideal y prescindir de ese beneficio secundario, que a la par, le producía mucha rabia, ya que nunca le alcanzaba. Y así paso a paso, fuimos atravesando las paredes de su imaginario endogámico y comenzando a salir al mundo.

Este proceso de exogamia, de elaborar los duelos de lo perdido y de investir lo nuevo, se pudo ir dando transferencialmente a través del móvil y lo que traía a sesión. Ella me iba mostrando y yo hacía de “yo auxiliar”, la iba acompañando y sosteniendo. Haciendo un “uso” del dispositivo como un objeto transicional (Winnicott, 1951,1971) en que de a poco, escenificaba lo que sentía e iba viviendo. Todo un proceso de narcisización y de sostén, mientras ella iba explorando el afuera y lo compartía, para que yo pudiera ayudarla a metabolizarlo, encontrando una terapeuta/mama con capacidad de reverie (Bion, 1963) Iba contándome las conversaciones con “sus amigos” en las que podíamos trabajar lo que era ella y lo que eran los otros, pudo contactar con la alteridad. Y también ir discriminándose y haciéndose responsable

de lo que ella tenía que ver en la relación/no relación con ellos. Se fue desplegando todo un mundo posible de personas, ya no se olvidaba del móvil, era significativo, porque empezaron a serlo también los chicos y chicas de su edad, con los que experimentaba mientras se iba constituyendo. Se identificaba y contraidentificaba con youtubers famosas o influencers de Instagram, escritoras, amigas y amigos que iba trayendo. Me leía conversaciones, incluso en momentos de angustia me escribía contándome situaciones vinculares con sus amigos que le resultaban altamente complejas, luego me decía: “al contártelo a ti, es como si se ordenará en mi cabeza y no me siento sola”.

Posteriormente, se animó a escribir relatos, en los que iba contando retazos de ella misma, lo que le permitía elaborarlos. Los publicaba en internet, quedándose atenta a ver cuántos la iban siguiendo, reflexionando sobre lo importante que era para ella la aprobación de los otros. Trabajamos la necesidad de los “like” para sentirse bien y todo el tema de la búsqueda de la presencia del otro, en chat, redes, para por momentos no sentirse sola. Y paso a paso, poder ir aceptando la presencia y también, la ausencia.

La intervención con los padres fue muy bien con el tiempo, pudieron estar presentes, tolerando la exogamia que empezó a hacer y el duelo de su niñita perdida. Aceptando los embistes de la hija. A la vez que Sara, logró dejar de tener una relación tan ambivalente con ellos, desidealizar a la madre, disminuyendo toda la libido puesta en ella y viendo con más respeto y cariño a su padre.

Estuvimos tres años y medio, cambió de instituto, para empezar estudios artísticos. Tiene varios grupos de amigos y en vez de alucinar, ahora sueña, llora, suspende asignaturas, discute, experimenta. Fuimos caminando y parafraseando a Machado (1912): “Caminante no hay camino, se hace camino al andar. Golpe a golpe, verso a verso”. Y en un trecho de ese camino, fueron necesarias las nuevas tecnologías, contar con su móvil y poder así, comenzar a estar conectada con el mundo.

SERA, EL CHICO JUNCO

La primera vez que tengo noticia de Sera, es a través de la orientadora de su centro de educación secundaria. Ha hecho todo un periplo por distintos profesionales de la salud mental y otros, que se hacen llamar de muchos modos. Ofrecen éxito seguro en un mínimo de tiempo, pero al final queda todo en nada, al menos para Sera.

Veo primero a los padres, aunque hacen un relato de su hijo, con serias dificultades psíquicas, yo me doy cuenta que realmente no toman contacto con ello. El padre se ríe y piensa que mágicamente con el transcurrir de la vida, todo se resolverá. Y la madre en una relación dual, lo describe como si fuera un bebe, aunque está muy preocupada por lo que le ocurre a su hijo. A nivel académico coincide su descripción con la del centro escolar. No estudia, no hace nada en clase, no atiende, no toma apuntes, no lleva las tareas, no se relaciona con otros chicos. Mientras me van contando voy asociando con la imagen de un mueble, algo inerte y me pregunto: ¿Cómo se sentirá él en esa actitud totalmente pasiva toda la jornada escolar, día tras día? ¿Y cómo lo verán los otros chicos?

Llega Sera acompañado de una madre que no paraba de hablar mientras atravesamos el largo pasillo de la puerta de entrada al consultorio, alto y delgado, como un junco desvitalizado, andando con dificultad. Y yo contratransferencialmente registro conscientemente una inmensa tristeza y vacío, casi sensación de no vida. Cuestión que será confirmada posteriormente, al contar como coqueteó con la muerte desde un tejado. Se sientan, Sera no habla, la madre no calla. Por momentos lo convoco, como mucho dice un “no sé”, pero sí que me encuentro con sus ojos y una mirada conmovedora.

La madre después de esta entrevista, me llamó por teléfono y me comunica que no iban a venir más. Le propongo poder vernos y hablar tranquilamente, no acepta. Actúo, posiblemente, pero le digo: “Que Sera tiene dificultades muy serias y sufre mucho. Y es crucial que se pueda crear un vínculo seguro y estable, alguien en quien poder confiar. Que sabía que es muy duro contactar con el dolor de su hijo, pero era necesario y dejar de errar de profesional en profesional”. Llevamos ahora en diciembre tres años, fue decisiva esa conversación y el trabajo posterior con ellos.

Vienen al día siguiente, le digo a Sera lo que hemos hablado con mama y él afirma que quiere venir. Le propongo de quedarnos solos y él acepta. La madre se levanta con cara muy preocupada, como si le abandonara en un lugar sufriente y le pregunta: ¿pero seguro? El vuelve a afirmar y nos quedamos solos. Eso sí, en silencio casi toda la sesión. Yo le acompañaba diciéndole en algún momento. “que uno cuando va con alguien desconocido cuesta, que poco a poco nos iremos conociendo, que yo espero”. Así fue también el sucesivo encuentro, casi todo en silencio, de vez en cuando me buscaba con la mirada y luego la desviaba. Le dije:” que nos mirábamos, nos íbamos haciendo el uno al otro” y en otro ratito: “que

igual en algún momento le apetecía decirme o hacer algo”. Dicho y hecho, me preguntó si podía coger el ipad y todavía no lo ha soltado en todo el tiempo que llevamos juntos. Se sienta en el diván y yo cerca de él, sin mesa por el medio, mirándolo, mientras hablamos y él juega. En todo este proceso así ha sido nuestro encuadre, intentando mantener una constancia objetal y dándole un lugar, su lugar. Aunque el “uso” (Winnicott, 1971) que ha hecho de la pantalla ha ido evolucionando, en consonancia con su mundo interno (menos persecutorio y más confiable), efectos que también se registran en el día a día de su vida cotidiana.

Al principio, en la transferencia, usa el ipad como un “refugio psíquico” (Steiner, 1994) además de como un objeto contrafóbico, en una suerte de barrera de paraexcitación (Freud, 1895), manteniendo una distancia óptima conmigo, la que él puede tolerar. Vamos trabajando y él se siente más seguro, a través de la relación transferencial, alguien que le mira, le respeta, le escucha genuinamente y le acompaña, en ir significando y poniendo palabras.

Aparecen juegos de guerras, muchas peleas, lo vamos asociando con sus luchas internas, con lo costoso de adaptarse a los límites que le van marcando los padres, al no poder tolerar la frustración y entrar en furia. También con el conflicto entre el beneficio de ser un Sera “pequeño” o empezar a crecer y a hacerse cargo de sus cosas (vemos como de alguna manera él “invitaba” a mama, a que le invadiera al no responsabilizarse). De a poco, fuimos expandiendo a cómo se sentía en clase “no mirado” por sus compañeros. Para él era muy confuso, duro, salir de ese lugar y transitar otros ajenos e inciertos. Sin embargo, va elaborando y haciéndose cargo de como él colaboraba para que los chicos le vieran raro (percepción que él tenía también de sí mismo). Y que por momentos, necesitaba negar, diciendo: “todo está bien”. Empezó a adoptar una posición más activa, a vivir y jugar(se), ya que para él si algo no estaba bien, se convertía en el fracaso más absoluto.

Fue animándose y se acercó a los compañeros, iba participando en el grupo de clase y de fútbol, me traía las conversaciones de whatsapp y me las leía, para que yo le ayudara a ir más allá de lo concreto y desentrañar cuestiones que vivía como enigmáticas (el doble sentido, el significado de los chistes, el coqueteo, etc.). Yo le acompañaba, mientras se iban vislumbrando cambios hasta en la forma de andar y de vestir el mundo, comenzaba a sentirse vivo y real (Winnicott, 1960), aunque seguía teniendo fallas importantes.

Poco a poco, empieza a integrarse con un grupo, los siente como amigos y lo traía a sesión como algo emocionante, contando sus salidas. Empieza a jugar a pádel, ya no necesita ser el mejor, para no dejar de existir.

Y a la par, que va compartiendo cuestiones del chat y jugando a las luchas -por momentos encarnizadas-, se instala un “app” de fabricación y montaje de aviones. Empieza a mostrar todo un despliegue de creatividad, el modo en que va encajando las piezas, la visión global del engranaje, el diseño externo de forma y colores, etc. Para luego, hacer las pruebas correspondientes de vuelo, sin desfallecer, ante los repetitivos fracasos y sus respectivas mejoras. Y mientras construye los aviones, se construye a sí mismo, pieza a pieza, pincelada a pincelada, con continuas pruebas de vuelo, algunas con aterrizaje forzoso, como no podría ser de otra manera en la vida. Y en todo este devenir, se matricula en un grado tecnológico, con un gran deseo de investirlo, ya que era su elección, lo que se traduce en aprobar todas las asignaturas, algo inaudito en él.

Para concluir, convocamos a una nueva apertura de horizontes. Los cambios y las novedades nos sitúan en encrucijadas no transitadas, que nos pueden impactar hasta el extremo de dejarnos paralizados o de convencernos en nuestro deseo de no cambio, de aferrarnos a lo conocido. Pero también las crisis, la incertidumbre, pueden ser un desafío y una posibilidad de reflexión, e incluso de debuts de creatividad sin parangón. Desde esta perspectiva, podemos pensar y pensarnos como psicoterapeutas infante-juveniles: ¿Seremos capaces de cambiar nuestra posición cómoda y segura, para poder caminar desprendiéndonos de teorías ortodoxas y prejuicios caducos? ¿Crear un encuentro en que el adolescente habite el espacio y nosotros con nuestra presencia estemos abiertos a lo que pueda devenir? ¿Permitiremos su despliegue emocional a través del “idioma” en el que ellos se puedan expresar, adaptando nuestro abordaje técnico?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1980). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Aryan, A. y Mogueillansky, C. (2009). *Clínica de adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aulagnier, P. (2003). *El aprendizaje de historiador y el*

- maestro-brujo. Del discurso identificante al discurso delirante.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Álvarez, A. (2002). Una presencia que da vida. *Psicoterapia psicoanalítica con niños autistas, borderline, privados y víctimas de abuso sexual.* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bauman, Z. (2002). *La modernidad líquida.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, XLIX, 2-3.
- Bion, W. (1974). *Atención e interpretación.* Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1980). *Aprendiendo de la experiencia.* Barcelona: Paidós.
- Castoriadis, C. (1997). *El avance de la insignificancia.* Buenos Aires: Editorial Eudeba.
- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Debord, G. (1990). *Comentarios sobre la sociedad del espectáculo.* Barcelona: Anagrama.
- Freud, A. (1976). *Del desarrollo del niño y del adolescente.* Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1982). *Obras completas.* Buenos Aires: Amorrortu.
- (1895) Proyecto de psicología. Vol. I.
- (1904). Sobre psicoterapia. Vol. VII.
- (1905) Tres ensayos sobre una teoría sexual. Vol. XVII.
- (1914). Recordar, repetir y reelaborar. Vol. XIV
- (1915). Trabajos sobre técnica psicoanalítica. Vol. XII.
- (1920) Más allá del principio de placer. Vol. XVIII.
- García, E. (2014). *Caminante no hay camino. Los proverbios y cantares de Antonio Machado.* Granada: Dauro Ediciones.
- Green, A. (2005). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente.* Madrid: Amorrortu.
- Green, A. (1983). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Han, B. (2014). *En el enjambre.* Barcelona: Herder.
- Han, B. (2017). *La sociedad del cansancio.* Barcelona: Herder.
- Kafka, F. (2009). *La metamorfosis.* Madrid: Ediciones Akal.
- Klein, M. (1964). *El psicoanálisis de niños.* Buenos Aires: Hormé.
- Laufer, M. E. (1988). *Adolescencia y crisis del desarrollo.* Madrid: Espaxs.
- Lerner, H. (2007). *La clínica psicoanalítica convulsionada. Organizaciones Fronterizas. Fronteras del psicoanálisis.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Nemirovsky, C. (2007). Winnicott y Kohut. *Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. La intersubjetividad y los trastornos complejos.* Buenos Aires: Grama ediciones.
- Palacios, E. (2018). We thought We knew Each Other so Much. *Resistance to Linking in Long-standing Couples". Weekend Conference International Psychotherapy Institute, Whashington.* February 2018.
- Prensky, M. (2011). *Enseñar a nativos digitales.* Madrid: Ediciones SM.
- Puget, J. (2015). *Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbre y certezas.* Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Steiner, J. (1997). *Refugios psíquicos. Organizaciones patológicas en pacientes psicóticos, neuróticos y fronterizos.* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Winnicott, D. (1979). *Realidad y juego.* Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1999). *Objetos y fenómenos transicionales. En D. Winnicott, Escritos de pediatría y psicoanálisis (pp. 307-324).* Barcelona. Paidós.
- Winnicott, D. (1999). *Preocupación maternal primaria. En D. Winnicott, Escritos de pediatría y psicoanálisis.* Barcelona. Paidós.
- Winnicott, D. (1999). Variedades clínicas de la transferencia. Artículo publicado en *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 393-394). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1999). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En D. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 371-391). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (2002). El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estado de ciertos opuestos. En D. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 234). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (2006). *El hogar, nuestro punto de partida.* Buenos Aires: Paidós. Psicología Profunda.
- Winnicott, D. (1992). *Sostén e interpretación.* Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (2006). El miedo al derrumbe. En D. Winnicott. *Exploraciones psicoanalíticas I* (pp. 111-122). Buenos Aires: Paidós.

OBSERVACIONES BASADAS EN EL TRABAJO DE LOS CONFLICTOS DE LA PARENTALIDAD EN PADRES DE MENORES DE DOS AÑOS CON SOSPECHA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA*

OBSERVATIONS BASED ON THE WORK OF PARENTING CONFLICTS IN PARENTS OF CHILDREN FEWER THAN TWO YEARS OF AGE WITH SUSPECTED AUTISM SPECTRUM DISORDER

Encarni Garrán**

El trabajo se realiza en el servicio de psiquiatría de la infancia y adolescencia de Bilbao.

El marco es el siguiente:

Los niños son derivados por el pediatra con sospecha de TEA, bien por un retraso en el lenguaje y la comunicación, por retraso en el desarrollo motor, por falta de contacto ocular, por repliegue o crisis importantes en el momento de la entrada a la guardería.

En algunos casos, los de menor edad (un niño de 11 meses), son los padres los que insisten en venir por observaciones que les parecen extrañas o diferentes en relación con sus otros hijos.

En un primer tiempo se realizan entrevistas padres niños/as, en las cuales se observa la existencia o no de angustia de separación, la capacidad de comunicación verbal y no

verbal, la motricidad, la curiosidad, la intencionalidad, la presencia de juego...

De la parte de los padres observamos su posición física en relación al niño (atento, le observa mientras nos habla, interacciona con él, le demanda, le exige, se moviliza o no cuando se cae o cuando intenta pedir algo...)

Las primeras citas las dedicamos, si los padres acceden, a realizar una exploración sobre su historia personal, su infancia, la relación con sus propios padres y familia cercana.

Intentando ser un “continente” en el cual los padres depositan sus angustias, preocupaciones en relación a sus hijos y al mismo tiempo todo aquello que se ha movilizadado de su historia infantil

Estamos especialmente atentos a los temas descritos

* Taller presentado en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título “Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social” fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Médico especialista en Psiquiatría y Psicoterapia de adultos por la FMH (Federación de Médicos Suizos), y especialista en Psiquiatría y Psicoterapia infanto-juvenil por la FMH (Federación de Médicos Suizos). Centro de Salud Mental de Niños y Adolescentes Bilbao, Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza), Programa de Trastorno Mental Grave infantil. E-mail: encarni.garran@hotmail.com

referentes a duelos (reales o fantasmáticos) y a sentimientos de culpa.

La intención es crear un espacio para los padres en presencia de los hijos en el cual puedan sentirse no juzgados, menos defensivos y presentar sus miedos, dudas, desdramatizar sus temores y si posible bajar el grado de culpabilidad que presentan en un principio.

En algunas situaciones se puede realizar una intervención dirigida a desplazar las proyecciones sobre el niño, en otros casos permitir una cierta comprensión de la sintomatología desde la aparición a la luz de las dificultades infantiles de los padres.

A veces la madre o el padre solicitan una terapia individual tras ver sus propias limitaciones, fuera del marco del tratamiento padres-niños.

Proponemos a los padres unas cuatro citas y realizamos con ellos un test madurativo (Merril-Palmer-R), el cual repetiremos cada año para valorar la evolución del niño.

El test se realizará siempre en presencia de los padres, pudiendo ellos mismos observar las dificultades que presenta en el aquí y ahora.

Siempre presentamos ese test como una “foto de inicio”, sabemos que va a salir “borrosa” pero consideramos que lo importante no es la imagen actual sino la que se realizará el año próximo ya que la capacidad de evolución es lo que no podemos saber en un primer tiempo y finalmente es lo que más nos interesa y preocupa.

Tras el período de evaluación proponemos un grupo padres-niños de frecuencia semanal.

El compromiso es importante en cuanto a la organización y los horarios. Proponemos que sean los dos padres que vengan si posible y en uno de los grupos se ha producido casi en la mayoría de los niños.

El grupo dura 3 meses y posteriormente continúa con un grupo de niños semanal manteniendo el grupo de padres mensual pero en ese momento sin presencia de los niños.

Las entrevistas con las familias de forma individual se mantienen y son al mínimo trimestrales.

La riqueza de los grupos padres-hijos es inmensa, es vivido como un lugar único, un padre nos decía “aquí puedo hablar de mi hijo”.

La relación entre ellos, las dudas, las clarificaciones, lo que cada uno intenta con sus hijos respectivos hace que se produzca un efecto de “co-terapia” de una gran riqueza.

Una madre le decía a otra entre risas hablando de las

dificultades para separarse en el momento del sueño “a ver si te va a pasar como a mí, mi hija no podía dormir sin meterme su mano en mi boca, un día me quitaron una muela y no le deje hacerlo y ella no la metió, no pasó nada y me pregunté el por qué, igual era yo la que lo necesitaba?”

A partir de ese tipo de intervenciones de padres, cada uno podía observarse y ver la parte de ellos que se encuentra implicada en los comportamientos de sus hijos.

El programa, en principio tiene una duración de dos años con terapia grupal semanal y grupal mensual para los padres.

Nos hemos dado cuenta que dos años es excesivamente corto para estos niños que empiezan el seguimiento antes de los 24 meses algunos, intentamos en la medida de lo posible mantener el tratamiento durante tres años y después realizar un seguimiento según las necesidades.

Todos estos niños tienen un tratamiento individual de Atención Temprana en privada gracias a las ayudas de la diputación (tratamientos de diversa índole, psicomotricistas, logopedas, pedagogos) y de muy diversas orientaciones.

CÓMO TRABAJAMOS Y EN QUÉ NOS BASAMOS

TRABAJO CON LOS PADRES

Nuestro trabajo con los padres parte de la idea de “Consulta Terapéutica” de Winnicott, “la Consulta Terapéutica asocia la terapia del niño y el trabajo terapéutico con los padres en presencia del niño”

Su novedad fue considerar la conflictividad parental como segundo centro de consultación terapéutica.

Siendo la diferencia esencial con la psicoterapia clásica, la importancia casi igual que se da a la terapia del niño y al trabajo terapéutico con los padres en presencia del niño.

Utilizamos el concepto Conflicto de Parentalidad de Manzano y Palacio, como un proceso de maduración normal, cuando un adulto no ha conocido serias dificultades en su infancia y/o adolescencia o si ha conseguido superarlas”

Se crea a partir de la personalidad de los padres, de la del bebé y de las circunstancias que han elegido o están obligados a vivir.

La noción de “conflicto de la Parentalidad” nos va a permitir un modelo de “reconstitución” del pasado en el presente de la consultación.

Las particularidades son importantes a tener en cuenta ya que familias llegan a nuestra consulta en un estado de crisis muy importante, salvo los que realizan una negación “casi masiva”(y a pesar de ello están ahí), la mayoría se ha informado en internet sobre autismo, asperger y vienen con “el pánico” de encontrarse con la confirmación de sus temores.

Por ello nuestro primer objetivo es acoger las angustias, los miedos y la culpabilidad propia o proyectada, siempre presente en la primera consulta.

Los siguientes encuentros nos permiten tener una escucha más calmada sobre las vivencias personales al hablar del niño, su historia, sus parecidos sus referentes familiares....

Estas son las entrevistas en las que pueden surgir elementos de duelos no elaborados, fragilidades narcisistas a tener en cuenta y presencia o no de proyecciones sobre el nuevo miembro de la familia que pueden ser más o menos deformantes dando lugar a relaciones más narcisistas que objetales.

Es el momento de presentar unas viñetas clínicas que describen mejor lo que intentamos sacar a flote en las primeras entrevistas con los padres en presencia de los niños:

1º Niña de 30 meses, dirigido al centro tras aviso del colegio dónde lleva 6 meses y observan dificultades relacionales tanto con sus iguales que con las profesoras.

Muy poca comunicación visual, muy poco lenguaje.

En la primera cita viene los dos padres, la niña está dormida durante toda la sesión.

La madre tras describir su gran temor por el discurso de la profesora me comenta que ella había notado que miraba poco sobre los 18 meses, se lo dijo al pediatra pero no fue tomado como un problema.

Ahora tiene miedo, cree que le ha hecho muy poco caso, que no le ha estimulado lo suficiente, demasiado tiempo delante de la tele, “tenía que haber hecho más”. Dice la madre.

El marido la tranquiliza incluso cree que ha estado siempre pegada a ella, “no se separaba para nada de la teta!”, hasta los 24 meses, momento en que la ama escucha una conferencia que habla de la “verticalidad” a los dos años (“no sé lo que es eso” dice.) y la necesidad de

autonomía por lo que era importante finalizar la lactancia.

Esa información le hizo decidir que era el final, con mucho dolor para ella empieza a llorar hablándome del momento en que explica a su hija que no va a darle más teta.

Es entonces cuando me narra cómo durante el embarazo por un pequeño problema de arritmias de la peque, decidió el pediatra que al nacer tenía que ser observada una semana en el hospital.

Recuerda el parto, el momento en que el bebé estaba sobre ella y consiguió cogerse al pezón, con un gran llanto describe que una matrona vino y se la quitó para llevar a la peque a observación como previsto y ella, la madre, se quedó con un gran vacío, sin palabras sin posibilidad de réplica ya que no le venía ningún pensamiento a su cabeza sólo un gran sentimiento de abandono y vacío.

“Ahora, de forma educada, le hubiese dicho que esperase un poco, que no había tanta prisa.....pero no pude” Dice la madre entre lloros.

“Cuando llegaba a verla para darle el pecho a veces ya le habían dado el biberón”, “no me esperaban” no se sentía tenida en cuenta como madre y lo peor, se siente aún culpable por no haber podido reivindicar su plaza.

Describen como era una niña tranquila cuando nació y a la vuelta del hospital lloraba continuamente era inconsolable hasta que descubrió el saquito para portarla que era lo único que la calmaba, (a las dos diría yo).

Con esta madre, su capacidad de expresión de pensamientos y emociones, de representación y simbolización pudimos en una primera entrevista hablar de sus dificultades para separarse de su niña, ¡¡Se va a morir de angustia!!! “, dice cuando hablamos de la noche y la necesidad de su hija de dormir con ella al lado,

“¡¡Cómo voy a hacerle eso!!”

“¡Ya sabía que la entrada en el cole iba a ser difícil ¡!” Me comenta.

Esta mamá nunca ha podido soportar los llantos de su bebé que le hacían revivir el abandono del nacimiento y la culpa.

Ella misma llega a decir “no podía quitarle el pecho, tenía que compensar lo que no pude darle”

2º Niño de 28 meses, viene por preocupación de la madre, casi no habla, está muy movido, no obedece, no pueden ir a ningún sitio con él, la comunicación visual es escasa la madre, el padre y la abuela se encuentran desesperados frente a la situación y hay un segundo bebé en la familia del que tienen que ocuparse también.

La primera consulta se realiza con el niño, la madre y

la abuela materna.

Mientras que madre y abuela me explican la situación, en una posición de fatiga y tristeza, sin moverse de las sillas, el peque empieza a recorrer la sala, subir y bajar saltar por los objetos, coger, tirar, no juega, es una actividad constante sin objetivo preciso.

La madre habla de “ese sin para“ que les agota tanto así como la falta total de escucha y obediencia a pesar de todas las explicaciones que ella intenta darle”

Tras mi interés sobre el período de embarazo y parto, ambas mujeres adquieren un tono triste y me explican como el abuelo materno fue diagnosticado de una cáncer en el período del embarazo y murió durante el postparto.

Ambas mujeres se encuentran aún en proceso de duelo y la madre describe como ella ha pensado que “mi hijo está así por cómo viví la muerte de mi padre.”

Describe que sus ganas de llorar eran continuas y para que el bebé no la viese así le dejaba delante de la tele y se iba a llorar al dormitorio.

“Cada vez que conozco a una madre que tiene un niño con problemas como el mío, le pregunto si estuvo depresiva después del parto”

3º Niño de 25 meses, enviado por el pediatra y el colegio. No mira, no dice ningún sonido sólo grita con un grito extraño (animal) de forma continua, no para, poniéndose en peligro por momentos.

La madre viene sola con él en la primera entrevista, de entrada habla de su soledad, su tristeza presente desde el embarazo que lo pasa muy sola ya que su familia vive en otro país y su pareja está fuera por el trabajo 3 semanas al mes.

Dice no entender a su hijo, “por qué grita de esa forma, por qué no puede jugar tranquilo, pega a los otros niños” lo que hace que la madre evita estar en los parques, se encuentra desesperada, le da vergüenza y se considera mala madre por no saber educarlo mejor. Siente esos reproches de la parte del padre y de las otras madres.

El último viaje que hizo a su país su padre le dijo que no podía dejarle hacer lo que quisiera que tenía que decirle que no, que no podía dormir con él...ella cree que tiene razón pero no puede hacer de otra manera.

Hablamos de los miedos del peque, dice como “se agarra fuerte a mí a la noche, no quiere despegarse.” Pasamos suavemente a hablar de los miedos de la madre, para ella la noche es un mundo terrorífico en el que le vienen “sus fantasmas a perseguirla (un tío muerto que

se le aparece enfadado porque ella no le prestó el dinero que le pidió) ruidos que son interpretados por ella como peligros reales lo que le impiden A ELLA dormir sola.

”

Hemos podido pasar de los miedos del hijo y sus gritos de terror a los de la madre, más claramente psicóticos y vividos como reales por ella.

Tras hablar de sus miedos reales de tinte paranoide, la madre puede pensar en la diferencia entre ella y su hijo y las necesidades de cada uno como seres independientes.

4º Niña de 24 meses, viene enviada por la escuela y el pediatra, no tiene lenguaje verbal, no interacciona con los niños ni adultos en la escuela, no juega. El padre banaliza claramente la problemática de su hija pero coloca sobre la madre una dificultad de separación muy importante.

En las primeras entrevistas vienen los dos padres y la niña, ésta última se mete en un tubo y no quiere salir a pesar de las demandas de los padres en toda la sesión.

Me mira desde la distancia, controlando mis movimientos dando impresión de temor y omnipotencia.

Propongo realizar citas madre-hija, en ellas la madre puede hablar de forma más libre de sus vivencias con su hija y de ella misma.

Recuerda que ella fue una niña con mucho sufrimiento, sus padres tuvieron que marcharse del país por motivos políticos y quedó al cuidado de su abuela materna, mujer muy dura rígida que no la permitía moverse, jugar con otros niños ni hablar si no se le preguntaba algo. (Era su vivencia como niña)

En ese momento miramos a su hija, la peque estaba repitiendo justo lo que la madre decía, no hablaba, no jugaba estaba quieta en la misma posición, juntas nos sorprendemos de las similitudes y la madre explica como ella no quiere poner ningún límite a su hija, tiene que hacer lo que ella quiere, cuando ella quiere,

”yo estoy ahí para facilitarle lo que desee, que ella elija lo que quiere hacer en su vida”

Pero finalmente dos posiciones parentales opuestas estaban dando el mismo comportamiento.

Tras varias sesiones conjuntas esta madre vino un día con una gran preocupación:

”¡¡No sé si una madre puede tener estos pensamientos, me viene mucho a la cabeza un deseo de hacer una vida que no sea sólo de madre, quedar con amigas, salir...y no sé si eso es malo!!!”

NUESTRO TRABAJO CON LOS NIÑOS

Nuestro trabajo de orientación psicoanalítica se encuentra totalmente fuera del dispositivo clásico y de la fórmula establecida, a través del lenguaje.

Alcanzar la comunicación por el lenguaje implica un enorme camino a realizar desde el mundo de las percepciones (huella mnémica) pasando por la representación conceptual (representación cosa) hasta llegar al lenguaje (representación palabra).

En el esquema que propone Freud (carta del 6.12.1896) del funcionamiento del aparato psíquico como aparato de memoria, ubica claramente dos procesos diferentes en la construcción de las representaciones psíquicas:

- Primer Proceso, aquel que lleva a pasar de la “traza mnémica perceptiva” que corresponde a la inscripción psíquica de trazas de percepción y su puesta en memoria.

(Primera inscripción bruta de la experiencia.)

Aparición de una traza de la que Freud dice que es “conceptual” y que corresponde a las representaciones de cosas (o representación-cosa) y que inscribe en el inconsciente.

- Segundo Proceso aquel que hace pasar de esta última, que ya es “conceptual” a la “representación palabra” preconscious.

Si hay tres trazas hay necesariamente dos procesos para pasar del uno al otro, dos procesos de transformación y, en la medida en que se trata de traza de representación, dos procesos de simbolización.

Estas tres dimensiones presentan a veces disfuncionamientos que podemos observarlos en el día a día.; nuestro cuerpo está “marcado “por huellas perceptivas que no han podido pasar al mundo de las palabras y a veces ni al de los conceptos.

Ejemplo: Tras un día difícil, llegamos a casa, sentimos como un peso en los hombros o un nudo en el estómago, esa impresión corporal extraña en vuestro cuerpo nos invade sin saber porque. Intentamos hablar de ello, darle vueltas en la cabeza trabajar lo , metabolizarlo hacerlo “parte de nuestra psique”. Estamos haciendo el paso de la huella perceptiva al significado.

Hemos podido contener, aquello que nos desbordaba, lo no simbolizado.

En vez de evacuarlo lo hemos hecho nuestro.

En el trabajo que realizamos con estos niños, nos encontramos en una “escucha” NO VERBAL, la comunicación se da en forma de actos, manifestaciones corporales y somáticas. Es aquí donde encontramos nuestra primera dificultad como terapeutas.

El trabajo del terapeuta sería “una regresión al servicio del yo corporal” para poder comunicarse con el paciente.

Experiencia muy difícil para algunos terapeutas sobre todo cuando se inicia el contacto con estos niños.

Estamos acostumbrados a hacer trabajar a nuestro “yo pensante-verbal”, nos sentimos impotentes ante estos niños que no nos miran, no hablan, no juegan están fuera de nuestros registros de pensamiento y ninguno de nuestros instrumentos conocidos nos permiten hacer el acercamiento necesario para el “trabajo terapéutico” como lo tenemos representado.

Como refiere Eliana Roche en su tesis (Travesía de lo corporal a lo simbólico corporal) “la importancia de lo que parece ser poco relevante”, ese va a ser nuestro material de trabajo, dar importancia a lo que podría parecer totalmente insignificante transformando ese material en un signo o señal.

Transformar “la materia psíquica primera en un signo o forma”

Todo ello podrá realizarse intentando crear un dispositivo adaptado que nos permita reconocer la especificidad de los modos de simbolización (basados en la percepción y en la motricidad) que emerjan del niño.

Nuestro punto de partida en el trabajo terapéutico con estos niños es el concepto de Simbolización Primaria (Roussillon).

“**Symbolon**”, el símbolo en griego, significa “poner junto”:

Simbolizar es “poner juntos” los datos externos y la psique que los inscribe bajo forma de experiencia y tener una cierta consciencia de este trabajo, del hecho que son los datos “para sí”.

Los primeros procesos de transformación, es decir los procesos de “simbolización primaria” deben, para ser apropiados, apoyarse a la vez en la sensorialidad y ser inscritos, reconocidos y validados en la relación con un objeto significativo de la primera infancia. Deben inscribirse y participar de las formas primeras del lenguaje no verbal que se crea progresivamente entre el bebé y su entorno. (Roussillon)

Roussillon concluye a propósito de la Simbolización Primaria subrayando como

el proceso que hace pasar “la materia primera” de la experiencia, la traza mnémica perceptiva que lleva la traza sensorio motora del impacto del encuentro del sujeto con un objeto todavía mal diferenciado, mal identificado, que mezcla parte del sujeto y parte del objeto, a una posibilidad de escenificación susceptible de “devenir lenguaje”, susceptible de ser narrada a otro, de ser así compartida y reconocida por otro sujeto y que deviene entonces integrable en la subjetividad.”

LA SIMBOLIZACIÓN SECUNDARIA

Se produce la metabolización del lenguaje en representaciones-palabra

Siendo el registro auditivo el más importante en este momento.

Intentamos aportar elementos clínicos que sirvan a visualizar la base teórica:

Escena 1º Del ruido al sonido

Niño de 27 meses, enviado por el colegio, no presenta comunicación verbal ni visual, no juega, no participa ni se interesa a las actividades. No interactúa ni con los de su edad ni con los adultos, deambula, tira objetos.

Primera entrevista con la madre y el niño.

La madre me explica la situación, cree que la entrada a la escuela ha sido un poco traumática ya que llora constantemente.

El niño empieza a tirar todos los juguetes que se encuentran por el suelo, platos, fichas, muñecos....

La madre está constantemente recriminándole, “No tires “ “Que se rompe” ”Para, deja eso..”

Se la ve estresada, el niño no responde a su demanda y ella se encuentra muy incómoda.

Tranquilizo a la madre e intento observar al niño.

Qué encuentra en el tirar?

Busca que el objeto se desplace?

Busca el ruido que produce?

Ambos?

Estamos frente a un niño que SÍ JUEGA, su juego es tirar

Me sitúo en el suelo a una distancia de él y me pongo a tirar yo también pero haciendo yo el sonido que considero oportuno por cada objeto.

La madre sorprendida ve como el niño me mira, me deja hacerlo varias veces a mí sola y después tira él y espera a que yo tire.

Entonces me permito de hacer ruido también con una de sus tiradas.

Esa experiencia conjunta se repetirá múltiples veces en nuestros encuentros y finalizará con un juego similar al béisbol él tiraba y yo con una ficha me la devolvía pero ahora había intención de “hacerlo conmigo” en cuanto entraba en la sala él me daba la ficha grande y cogía las pequeñas para tirármelas, había disfrute compartido en ese momento.

¡¡¡EL RUIDO SE HA TRANSFORMADO EN SONIDO!!! Gracias a ese “juego compartido” se ha creado un elemento de enlace entre la percepción (ruido, movimiento) y la representación (sonido de roto, velocidad, giro...) siendo “el pegamento” de esta ecuación la vivencia del placer compartido con el “otro”.

Escena 2º El cuerpo y sus partes

En el grupo de padres-niños menores de dos años, hay una niña que destaca de los otros por su falta de mirada, su deambular constante, su falta de palabras y sonidos, su falta de interés por el juego. Sólo recoge del suelo objetos para metérselos a la boca.

En un momento de la sesión uno de los peques se acerca a un terapeuta que tenía las gafas colgando por el cuello de un cordel. El niño intenta colocárselas en los ojos, le hace mucha gracia y se ríe cuando la terapeuta empieza a teatralizar el momento.

Ella coge sus gafas y con movimientos lentos acompañados de sonidos de sorpresa, se las acerca a los ojos, hace como si descubriese a cada niño por primera vez al ponerse las gafas en los ojos y les va nombrando por su nombre.

Todos los niños entran en la escena algunos con carcajadas. Con gran sorpresa para todos, la niña ausente, mira lo que ocurre, se acerca, sonríe y se queda fijada en el movimiento se quitar y poner las gafas mientras éste se repite varias veces.

¿Qué ha ocurrido?

Una percepción ha atraído su atención, una visión que muestra de forma excepcional como “una parte del cuerpo se pone y se quita” quedándose fascinada en el movimiento.

Nuestra reflexión:

Una percepción visual acompañada de sonidos “teatrales” ha permitido conectar con esta niña, interesarse, acercarse, sonreír.

Estaos en lo concreto, real, sin simbolización pero sí con una emoción como respuesta a una percepción.

Primer paso para poder iniciar los pródromos de una representación futura.

No hay juego simbólico, sólo estamos intentando iniciar con ella un espacio dónde haya posibilidad de escucha, mirada, sonrisa, reacción hacia lo que viene de fuera de ella. Algo deferente al rechazo.

Estamos en el mismo espacio, “SÓLO eso y TODO eso”

Escena³ La re-representación del acto de nacer

Niño de 5 años, sus dificultades relacionales son mayores, tiene lenguaje a veces incomprensibles para mí, nos encontramos en fase de evaluación.

En la sesión se introduce en un tubo, no se le ve, no habla, no se mueve, no reacción a ninguno de mis intentos verbales por comprender lo que está intentando mostrarme.

Empiezo a pensar en espacios con agujero de entrada y salida, “boca-ano”, no parece estar asustado, descarto pensar en monstruos que devoran, está tranquilo, inmóvil, en silencio.

Pienso en el vientre materno y el estado fetal.

Le propongo la idea: “que a gustito se debe estar en la tripita de mama” “fuera todo es desconocido e igual da un poco de miedo”

Empieza a hacer ruiditos como un bebé, lo entiendo como una confirmación de mi propuesta verbal.

Empieza a moverse, los brazos dan golpes a las paredes del tubo, luego las piernas de forma cada vez más intensa.

Le hablo entonces de las posibles ganas de salir ya que está creciendo mucho ahí dentro y además igual quiere saber un poco lo que pasa en el exterior.

Saca las manos por el tubo, sólo me muestra las manos, y dice “me ayudas”

Me acerco a él, tengo que tener en cuenta su demanda de salir y su deseo de quedarse.

Le pregunto si quiere salir, me contesta “sí”, cojo sus manos con las mías, le vuelvo a preguntar “estiro?” “sí” contesta.

Empiezo a estirar de sus manos, salen los brazos, veo su cabeza, parece realmente un parto.

Pero al mismo tiempo que su cuerpo empieza a salir, agarra el tubo con las piernas y resulta imposible seguir el movimiento.

Paro, describo como una parte de él tiene muchas ganas pero igual otra está aún muy temerosa de salir y encontrarse con lo “desconocido”

Le digo que tenemos tiempo, no hay prisa.

Me suelta las manos y vuelve al interior del vientre, de nuevo el silencio, lo había intentado pero era demasiado arriesgado aún. No nos conocíamos.

CONCLUSIONES

Consideramos que el trabajo que realizamos aporta una ayuda tanto a niños como a padres y estos últimos nos lo hacen saber, nuestra gran frustración es la no existencia de un centro de acogimiento y tratamiento intensivo para estos pacientes quienes no encuentran su plaza ni en guarderías ni en las escuelas ya que no existen medios ni personal suficiente para ocuparse de forma individualizada.

Sabemos que cuanto antes se inicie el tratamiento y el trabajo con los padres mejor será la evolución en aquellos que puedan realizarlo.

Algunos se quedan en el camino y tienen una muy mala evolución lo que nos entristece y nos deja con la duda si un tratamiento intensivo hubiese podido ayudar a una mejor evolución.

Nunca lo sabremos pero seguiremos trabajando con nuestros pequeños medios y gritando fuerte la necesidad de una inversión importante en esos primeros años tan únicos e insustituibles en la evolución.

LA RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN REFLEXIVA PARENTAL Y EL AJUSTE SOCIOEMOCIONAL DE BEBÉS DE 9 A 14 MESES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA*

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PARENTAL REFLECTIVE FUNCTION AND THE SOCIO-EMOTIONAL ADJUSTMENT OF BABIES 9-14 MONTHS OLD FROM THE BASQUE AUTONOMOUS COUNTRY

Leire Gordo, Leire Iriarte y Ana Martínez Pampliega**7

RESUMEN

La interacción entre el bebé y sus figuras de apego es un elemento clave para el desarrollo socioemocional de los/las menores. El objetivo principal del presente estudio fue analizar la relación entre la función reflexiva parental y la autorregulación socioemocional de bebés de 9 a 14 meses de edad de la CAV. La muestra estuvo compuesta por 108 padres y madres (14 hombres y 92 mujeres) de menores entre 9 y 14 meses de edad pertenecientes al consorcio de Haurreskolas del País Vasco. Los resultados muestran que la función reflexiva parental se asocia con una autorregulación socioemocional más ajustada de los/las menores.

Palabras clave: Familia, Parentalidad, Función reflexiva parental, Autorregulación socioemocional.

ABSTRACT

The relationship that is established between the baby and their attachment figures is essential for the socioemotional development of the child. The main goal of this research was to analyze the relationship between the parental reflective functioning and socio-emotional self regulation of infants between 9 to 14 months old from CAV. The sample consisted of 108 parents (14 men and 92 women) of infants between 9 to 14 months old who were enrolled at the Haurreskolas Consortium from the Basque Country. The results showed that parental reflective functioning is related to the optimal socio-emotional self regulation of infants.

Key words: Family, Parenting, Parental reflective functioning, Socio-emotional self regulation.

* Comunicación ganadora en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título "Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social" fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Psicólogas. Facultad de Psicología y Educación. Universidad de Deusto. Bilbao. E-mail: l.gordo@deusto.es

7 Este trabajo se ha desarrollado gracias al apoyo y colaboración del consorcio de Haurreskolas del País Vasco y la Dirección de Política Familiar y Desarrollo Comunitario, Departamento de Empleo y Políticas Sociales de Gobierno Vasco.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en el campo de la psicología no hay duda de que la interacción que el bebé establece con su figura de apego es fundamental ya que a través ella configurará su self, aprenderá a interactuar con otras personas e influirá de forma directa en su desarrollo socioemocional (Morandé y Santelices, 2014).

Fonagy (1999) señala que la sensibilidad de los progenitores hacia las necesidades de sus hijos/as es un elemento que va a incidir en la transmisión de un apego seguro de los progenitores a los hijos/as, pero que lo que realmente determina y explica esta transmisión es la capacidad mentalizadora de los padres/madres.

Mitjavila (2013) define la mentalización o función reflexiva como “la capacidad para explicar y dar significado a las conductas del otro, en términos de pensamientos, deseos, expectativas, en una palabra, atribuir al otro un mundo interno representacional-mental” (p.3). Un adecuado desarrollo de la función reflexiva por parte de los progenitores aumentaría tanto la sensibilidad paterna como materna y mejoraría la comprensión de los deseos y sentimientos de sus hijos (Slade, 2005). Se considera que una madre o padre es sensible cuando se da una sincronía a nivel emocional y afectivo entre la respuesta de los progenitores y las necesidades de sus hijos/as, lo cual facilitará que el menor se sienta seguro, querido y con confianza dentro de su entorno familiar (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Sharp y Fonagy (2008) consideran que para ser un padre/madre suficientemente bueno es fundamental contar con un mentalizar parental que sea también suficientemente bueno.

Investigaciones llevadas a cabo en esta área apuntan a que la capacidad mentalizadora de los progenitores repercute en el ajuste psicológico de los menores (Mesa y Gómez, 2010). Estudios que han tratado de analizar la relación entre la función reflexiva y el ejercicio de la parentalidad por parte de los progenitores apuntan a que la función reflexiva de los progenitores mejora su capacidad para entender de una forma adecuada la experiencia interna de su hijo/a y, por ello, aumenta la sensación de éstos de sentirse comprendidos (Carvacho, Farkas y Santelices, 2012). Asimismo, otras investigaciones apuntan a que la capacidad mentalizadora favorece en los hijos/as una regulación emocional más ajustada, mayor autocontrol y un apego seguro (Fonagy, Gergely, Target, 2007; Sharp y Fonagy, 2008).

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la función reflexiva parental y sus

dimensiones, y la capacidad de autorregulación socioemocional de bebés de 9 a 14 meses de edad. Se espera encontrar que la autorregulación emocional de los/las menores sea mejor en aquéllas familias en las que los progenitores presentan una mayor capacidad reflexiva.

MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por 108 padres y madres (92 mujeres y 14 padres) de un rango de edad comprendido entre 26 y 46 años y una media de 35.18 (DT = 3.80). Son padres/madres de bebés de entre 9 a 14 meses de edad que acuden a centros pertenecientes al consorcio de Haurreskolas del País Vasco. El 38% de la muestra pertenece a Vizcaya, el 37% a Guipúzcoa y el 25% a Álava.

El 61.1% de la muestra están casados/as en primer matrimonio, el 20.4% conviviendo con su pareja y el 12% es pareja de hecho.

Respecto a la situación laboral, la mayoría de los padres/madres (86.1%) se encuentran en activo mientras que el 5.6% están en desempleo. En cuanto al nivel de estudios, el 16.7% cuenta con estudios de máster o doctorado, más de la mitad de la muestra (59.3%) ha cursado estudios universitarios y un 17.6% cuenta con estudios secundarios. Únicamente un 2.8% de la muestra ha cursado estudios primarios.

Instrumentos

ASQ:SE-2 (Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional, Second Edition) (Squires, Bricker y Twombly, 2015). Se trata de una herramienta de monitoreo infantil que persigue identificar a aquellos menores que pueden estar bajo riesgo de tener problemas sociales o emocionales; no se trata de una herramienta diagnóstica. El cuestionario se dirige a padres/madres o cuidadores primarios a quienes se les plantea una serie de preguntas relacionadas con metas de desarrollo socioemocional infantil. El ASQ:SE-2 consta de 9 cuestionarios que varían en función de la edad del menor. Evalúa siete áreas clave del desarrollo: Autorregulación (“Cuando tu hijo/a está alterado/a, ¿se le puede calmar en media hora o menos?”), hace referencia a la capacidad del bebé de calmarse, tranquilizarse o ajustarse a diferentes condiciones o estímulos fisiológicos o ambientales; Conformidad (“¿Sigue tu hijo/a instrucciones sencillas?”), alude a si el menor obedece reglas y sigue instrucciones de los demás;

Comunicación Social (“¿Realiza tu hijo/a sonidos como balbuceos? Por ejemplo, combina sonidos como “ba-ba-ba” o “na-na-na”), se refiere a la capacidad del menor de interactuar con otras personas ya sea iniciando o respondiendo a señales que puedan mostrar interés, necesidades y sentimientos; Funcionamiento adaptativo en cuanto a la capacidad de lidiar con necesidades fisiológicas (“¿Tardas más de media hora en darle de comer a tu hijo/a?”); Autonomía para tomar la iniciativa o dar respuestas sin la necesidad de guía (“¿Te busca con la mirada tu hijo/a para asegurarse de que estás cerca cuando él /ella está explorando lugares nuevos?”); Afecto (“¿Le gusta a tu hijo/a que lo levanten y que le abracen?”), hace referencia a si el menor demuestra sentimientos o empatía hacia otras personas y la Interacción con otras personas (“¿Tu hijo/a se ríe o te sonríe a ti o a otros miembros de la familia?”), alude a la iniciativa del menor para dar respuestas sociales o responder a los progenitores, otros adultos y niños/as de la misma edad. Se contesta en función de una escala Likert que va de 0 = “La mayoría de las veces”, 5 = “Algunas veces” y 10 = “Rara vez o nunca”. Es importante que los progenitores o cuidadores primarios indiquen si la conducta descrita en el ítem es algo que les preocupa. La consistencia interna del instrumento osciló entre .71 a .91 (Squires et al., 2015). El ASQ:SE-2 cuenta con un punto de corte para el instrumento global, aunque los autores no aportan datos por dimensiones. En el cuestionario de 9 a 14 meses para que el ajuste socioemocional sea adecuado la puntuación global de desarrollo socioemocional debe ser menor a 50 (Squires et al., 2015). Para el presente estudio se ha utilizado la escala de autorregulación socioemocional. La consistencia interna de la dimensión Autorregulación socioemocional en este estudio fue .52.

PRFQ-18 (Parental Reflective Functioning Questionnaire) (Luyten, Mayes, Nijssens y Fonagy, 2017). Se trata de una breve herramienta de screening para ser utilizada con padres/madres de menores entre 0 a 5 años de edad. Esta herramienta consta de 18 ítems estructurados en tres subescalas. La primera subescala es la Pre-mentalización (PM), trata de captar los estados parentales no mentalizadores (“El único momento en el que estoy seguro/a de que mi hijo/a me quiere es cuando me está sonriendo”). La segunda subescala es la Certeza que los progenitores o cuidadores primarios tienen acerca de los estados mentales de los/las menores (CMS), esta subescala incluye ítems relacionados con la identificación por parte de los progenitores de la opacidad

de los estados mentales de sus hijos/as (“Siempre sé lo que mi hijo/a quiere”). Y finalmente, la tercera subescala trata de capturar el interés y/o curiosidad por los estados mentales de los hijos/as (IC) (“Me gusta pensar sobre las razones que hay detrás de la forma en la que se comporta y se siente mi hijo/a”). Se responde en una escala tipo Likert que va de 1 = “Muy en desacuerdo” a 7 = “Muy de acuerdo”. Los índices de fiabilidad de cada una de las subescalas en el estudio original fueron: PM = .70, CMS = .82 e IC = .75 (Luyten et al., 2017). La consistencia interna de cada una de las subescalas en el presente estudio fue: PM = .59, CMS = .76 e IC = .64.

Diseño

Este estudio correlacional transversal se desarrolló con la participación del consorcio de Haurreskolak del País Vasco y la colaboración de la Dirección de Política Familiar y Desarrollo Comunitario, Departamento de Empleo y Políticas Sociales de Gobierno Vasco.

Procedimiento

En primer lugar, se elaboró una carta que, a través de las Haurreskolak, se hizo llegar tanto a las familias como a los/las educadores/as de cada uno de los centros. Esta carta perseguía presentar el estudio y los objetivos del mismo. La administración del protocolo fue vía online. A través de la carta anteriormente descrita, se facilitó a las familias un link para que pudieran completar el protocolo tanto en castellano como en euskera. Un recordatorio adicional contribuyó a incrementar el número de participantes.

Se explicitó en todo momento la voluntariedad de los participantes y la confidencialidad de los datos.

Estrategias de Análisis

Con el fin de analizar la relación entre las subescalas de la función reflexiva parental con las variables sociodemográficas de los progenitores o cuidadores primarios y la autorregulación socioemocional del menor, se emplearon las correlaciones de Pearson (r). Para la interpretación de la magnitud de las correlaciones se tomó como referencia el criterio de Cohen (1988), que va a establecer para las ciencias de la conducta que un valor r de Pearson que se encuentre por debajo de .20 es una correlación pequeña, hasta .50 es una correlación media y grande a partir de .80 (García, Pascual, Frías, Krunkelsven y Murgui, 2008).

RESULTADOS

La mayoría de las correlaciones entre variables sociodemográficas y las dimensiones de la función reflexiva parental no fueron significativas, a excepción de la Certeza en los estados mentales que se asoció negativamente a la edad de los progenitores (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Relación entre las subescalas del PRFQ-18 y variables sociodemográficas de los progenitores o cuidadores primarios/Relationship between PRFQ-18 subscales and parents or primary caregivers' socio-demographic variables.

	Edad	Nivel de estudios	Situación laboral	Estado civil
Pre-mentalización	.16	-.19	-.09	.04
Certeza en estados mentales	-.21*	.08	-.07	.02
Interés y Curiosidad	.12	.00	-.03	.14

*p < .05

Relación entre las subescalas del PRFQ-18 y variables sociodemográficas de los progenitores o cuidadores primarios/Relationship between PRFQ-18 subscales and parents or primary caregivers' socio-demographic variables.

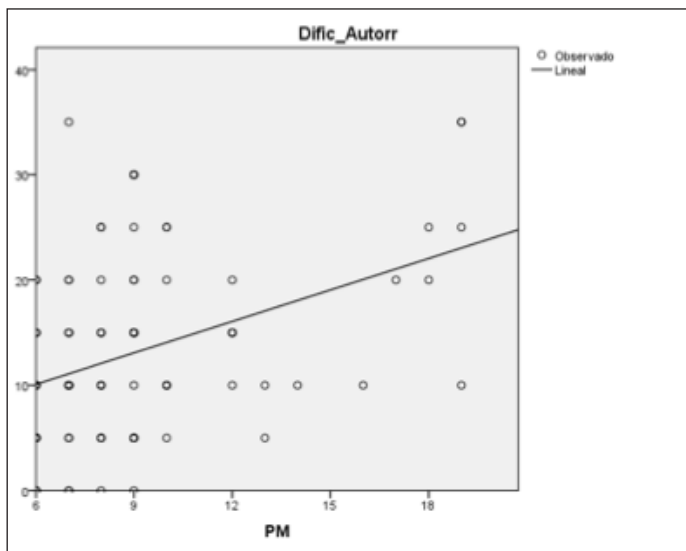


Figura 1. Relación entre Pre-mentalización y dificultades de autorregulación socioemocional./ Figure 1. Relationship between Pre-mentalizing and socio-emotional self regulation difficulties.

En la Figura 1 se muestran los resultados de la relación entre la subescala Pre-mentalización y las dificultades en la autorregulación socioemocional del menor. Los datos muestran una asociación positiva y significativa entre ambas ($r = .40$) por lo que a más estados no mentalizadores por parte de los progenitores, mayores son las dificultades en la autorregulación socioemocional en los menores. La asociación observada fue media.

Insertar Figura 1. Relación entre Pre-mentalización y dificultades de autorregulación socioemocional./ Figure 1. Relationship between Pre-mentalizing and socio-emotional self regulation difficulties.

Las puntuaciones en la subescala Certeza en los estados mentales correlacionaron de forma negativa y significativa con las dificultades de autorregulación socioemocional de los menores ($r = -.23$). Esta asociación fue media. Por lo que a más certeza por parte de los progenitores acerca de lo que su hijo/a está sintiendo o pensando menos son las dificultades de autorregulación socioemocional del menor (Véase Figura 2).

Insertar Figura 2. Relación entre la Certeza en los estados mentales y dificultades de autorregulación socioemocional./ Figure 2. Relationship between Certainty about mental states and socio-emotional self regulation difficulties.

La subescala Interés y Curiosidad por los estados mentales de los hijos/as no se asoció de forma significativa con la autorregulación socioemocional de los menores.

DISCUSIÓN

El principal objetivo del estudio fue analizar la relación entre la función reflexiva parental y la autorregulación socioemocional de bebés entre 9 a 14 meses de edad.

La pre-mentalización no se asoció significativamente con el nivel de estudios o situación laboral de los progenitores. Este dato es contradictorio a lo que otros estudios apuntan acerca de que progenitores de un nivel socioeconómico más bajo o desfavorecido tienden a tener más dificultades para mentalizar y pueden tender a percibir una intencionalidad negativa detrás de la conducta de los otros (Fonagy, Luyten y Allison, 2015). Los resultados obtenidos pueden ser explicados por la característica de la muestra ya que la mayoría de los padres/madres trabajan y cuentan con estudios superiores.

Los resultados del presente estudio apoyan la hipótesis de que la función reflexiva parental

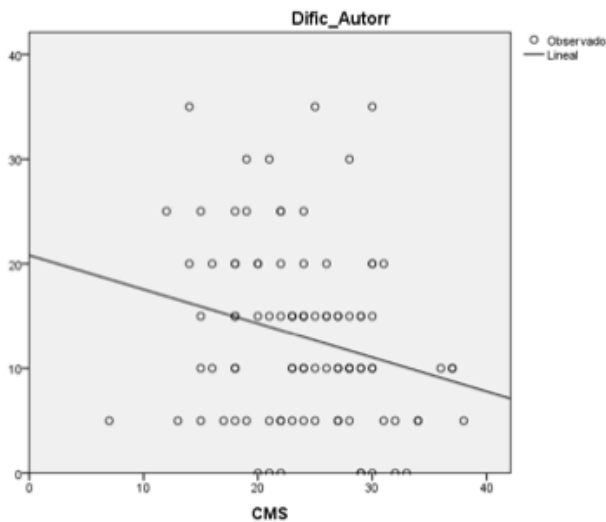


Figura 2. Relación entre la Certeza en los estados mentales y dificultades de autorregulación socioemocional./ Figure 2. Relationship between Certainty about mental states and socio-emotional self regulation difficulties.

se relaciona positivamente con la autorregulación socioemocional de los bebés. Por lo que a más capacidad por parte de los progenitores de explicar la conducta de sus hijos/as en términos de estados mentales mayor es la capacidad de autorregulación en los menores. Esto es acorde con lo señalado por Slade (2005) y Ensik y Mayes (2010) cuando apuntaban que la función reflexiva parental promueve la propia función reflexiva de los hijos/as la cual es clave, para la regulación emocional y el desarrollo de un apego seguro.

La subescala de Pre-mentalización se relacionó positivamente con las dificultades en la regulación emocional de los hijos/as, y es que la pre-mentalización hace alusión a estados no mentalizadores de los progenitores que favorecen una atribución de intenciones malévolas a las conductas de sus hijos/as sin plantearse qué pensamiento y/o sentimiento se encuentra detrás de la conducta. Por lo tanto, la pre-mentalización supondría una incapacidad por parte de los progenitores de intentar entender el mundo interno y subjetivo de su hijo/a (Luyten et al., 2017).

Las otras dos subescalas de la función reflexiva parental (Interés y Curiosidad en los estados mentales y Certeza en los estados mentales) recogen el interés genuino de los progenitores por conocer el mundo interno de sus hijos/as. Por lo que el interés y curiosidad por los estados mentales del menor y el que los progenitores reconozcan la opacidad de la experiencia interna de sus

hijos/as son elementos clave de la función reflexiva parental. En este estudio, únicamente la subescala de Certeza acerca de estados mentales se asoció con menos dificultades de autorregulación por parte de los menores. Según Luyten et al. (2017) niveles medios de Interés y Curiosidad y de Certeza en estados mentales son adaptativos, mientras que niveles muy bajos o muy altos en estas subescalas son negativos (por ejemplo, estar muy de acuerdo con que siempre sabes lo que tu hijo/a quiere). En un estudio llevado a cabo por Sharp et al. (2011) encontraron que niveles muy altos de Certeza en los estados mentales por parte de las madres sugerían una hipermentalización parental y se asociaba con la intrusividad materna.

De cara a interpretar estos resultados es importante destacar que las puntuaciones obtenidas en autorregulación socioemocional son preguntas que los padres/madres responden sobre sus hijos/as. Por lo que es posible que si los progenitores sienten o piensan que conocen lo que le ocurre a sus hijos/as se sentirán más seguros en la interacción con sus hijos/as y ante preguntas como “Cuando tu hijo/a está alterado/a, ¿se le puede calmar en media hora o menos?”, pueden sentirse más capaces y reportar que su hijo/a se puede calmar en un tiempo breve haciendo que las puntuaciones en la dimensión de autorregulación socioemocional sean más ajustadas.

La principal limitación del presente estudio es que tanto las medidas de función reflexiva parental como de autorregulación socioemocional de los menores son cuestionarios contestados por los progenitores. Por lo que de cara a líneas futuras sería interesante combinar diferentes formas de evaluación como son las técnicas de observación, los registros y/o las entrevistas con padres/madres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Carvacho, C., Farkas, C. y Santelices, M. P. (2012). Mind Mindedness o la capacidad del adulto para tratar al niño/a como un individuo con mente: Nuevas perspectivas para el estudio de la interacción entre el/ la niño/a preescolar y sus figuras de apego. *Summa Psicológica UST*, 9 (2), 69-78.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

- Ensink, K. y Mayes, L. C. (2010). The development of mentalisation in children from a theory of mind perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(4), 301-337.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Obtenido de: <http://www.aperturas.org/3fonagy.html>.
- Fonagy, P., Gergely, G. y Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 288-328. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x
- Fonagy, P., Luyten, P. y Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: a new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5):575-609. doi: 10.1521/pedi.2015.29.5.575
- García, J. F., Pascual, J., Frías, M. D., Krunckelsven, D. V. y Murgui, S. (2008). Diseño y análisis de la potencia: n y los intervalos de confianza de las medias. *Psicothema*, 20 (4), 933-938.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L. y Fonagy, P. (2017). *The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. PLoS ONE*, 12(5), 1-28. doi: 10.1371/journal.pone.0176218
- Mesa, A. M. y Gómez, A. C. (2010). La mentalización como estrategia para promover la salud mental en bebés prematuros. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8 (2), 835-848.
- Mitjavila, M. (2013). Investigación y aportaciones de Peter Fonagy: Una revisión desde el 2002 al 2012. *Temas de Psicoanálisis*, 5, 1-17.
- Morandé, M. y Santelices, M. P. (2014). La voz de la madre y el desarrollo social del self del bebé: una revisión. *Rev. Humanitas*, 11 (11), 135-148.
- Sharp, C. y Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-54.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J. y Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 563-73. doi: 10.1016/j.jaac.2011.01.017
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment and Human Development*, 7, 269-281. doi:10.1080/14616730500245906.
- Squires, J., Bricker, D. y Twombly, E. (2015). ASQ: SE-2 User's Guide 2nd Edition. Baltimore: Brookes Publishing.

LOS ESCENARIOS DE LA ABUELIDAD*

SCENARIOS OF GRANDPARENTHOOD

Sara Terán Sedano**, Paloma Ortiz Soto***, María Jesús de Castro Oller**** y
María Ángeles Márquez Navarro*****

RESUMEN

El concepto de abuelidad fue acuñado por la psicoanalista P. Redler, para denominar la relación intrapsíquica e interpersonal entre abuelo y nieto. La abuelidad remite a un vínculo determinado con conflictivas específicas y con un proceso de desarrollo, al que esta autora denomina “crisis de la abuelidad”. Los abuelos tienen la oportunidad de resolver esta crisis del desarrollo en parte gracias al hecho de poder ayudar a los nietos a superar similares conflictos con la generación intermedia. A pesar de la importancia de la abuelidad en el contexto familiar, este concepto no está muy estudiado en psicología. En esta comunicación, intentamos explorar la relación entre abuelos y nietos, también desde la percepción que los niños tienen de sus abuelos, con el objetivo de profundizar en el tema de la transmisión intergeneracional.

Palabras clave: abuelidad, transmisión intergeneracional, nietos, familia

ABSTRACT

The term of grandparenthood was coined by the psychoanalyst P. Redler, to denominate the intrapsychic

and interpersonal relationship between grandparent and grandchildren. Grandparenthood involves a specific relationship with specific conflict areas and with a process of development, named by this author “grandparenthood crisis”. Grandparents are provided a opportunity to resolve this developmental crisis as they can help grandchildren to resolve the same conflicts with the generation in between. Despite the importance of grandparenthood in the family context, this is a topic poorly studied in psychology. In this paper, we try to explore the relationship between grandparents and grandchildren, also from the perception that children have of their grandparents, in order to explore the subject of intergenerational transmission.

Key words: grandparenthood, intergenerational transmission, grandchildren, family.

El juguete más sencillo, aquel que hasta el niño más pequeño puede manejar, se llama abuelo. (Sam Levenson)

INTRODUCCIÓN

El concepto de abuelidad fue acuñado por la Psicoanalista argentina Paulina Redler (1986), para

* Comunicación ganadora en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título “Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social” fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Psiquiatra. CSM Arganda-Rivas. Instituto ADI. E-mail: sarateran@yahoo.es

*** Psiquiatra. Instituto ADI. E-mail: portizsoto@hotmail.com

**** Psiquiatra. Hospital del Henares. E-mail: mairrucha@gmail.com

***** Psicóloga. Instituto ADI. E-mail: mariaangeles.navarro@gmail.com

denominar la relación intrapsíquica e interpersonal entre abuelo y nieto, y los efectos psicológicos de este vínculo. Para esta autora, la abuelidad no remite a una edad cronológica, sino a un lazo de parentesco, con una estructuración psíquica y con un proceso de desarrollo, al que llama “crisis de la abuelidad”. La abuelidad trata de cómo habita el individuo, desde su nacimiento, su orden trigeracional.

En la inexistencia del término (en castellano) dentro del ámbito psicoanalítico, Redler señaló la negación de una problemática humana profundamente conflictiva. Realizó una consulta sobre la idoneidad del vocablo en la Academia Argentina de las Letras. La posibilidad de incluirlo en el diccionario de la Real Academia quedó pendiente de observar su grado de afianzamiento en el campo léxico al que pertenece.

El término “abuelidad” cobra hoy nueva importancia por la relevancia social en aumento de los abuelos. El incremento de la esperanza de vida y la actual situación socioeconómica permite a los abuelos estar mucho más presentes en la vida de sus nietos. Además, la especial consideración que tienen hoy los niños en el hogar, no existía en la época de los abuelos, en la que el papel del niño en la familia era pronto el de un adulto. Esto permite a los abuelos una crianza que no les era posible para sus propios hijos.

Para el filósofo Julián Marías (1998): “los abuelos tratan con sus nietos desde un nivel cronológico pretérito, pero están instalados en el presente y miran hacia el futuro. Su papel involuntario es restablecer la continuidad histórica, hacer que el presente de los nietos tenga mayor “espesor”. Ante el abuelo, el nieto hace la experiencia inmediata de la historia. Los abuelos presentan ante los ojos del nieto y la nieta dos formas de instalación sexuada, de vida humana personal, fácilmente comprensibles, pero que no son iguales a las de sus padres ni a las que van a realizar ellos mismos después”

Los estudios revisados sobre el tema ponen el acento en la psicopatología y los efectos de la carencia o de la deficiencia (los abuelos sustitutos, el maltrato-abuso, la transmisión de secretos familiares) (Tisseron, 1995) (De Carli, y cols. 2017). Un autor (Colarusso, 2000) considera la etapa de abuelidad como la quinta etapa de individuación. Acerca de la función psíquica de los abuelos en los nietos, algunos autores sitúan esta función más a nivel de organizadores primarios del complejo de Edipo que por una acción efectiva sobre la vida de los nietos. (Mijolla, 1979). Se ha dicho que “hacen falta tres generaciones para hacer un psicótico”, pero es importante

resaltar que también hacen falta tres generaciones para hacer un niño normal. (Soulé, 1979).

ESCENARIOS DE LA ABUELIDAD

El término “escenario de abuelidad” alude a los escenarios narcisistas de la parentalidad de Manzano y Palacio (2005). Sin pretender utilizar el concepto en su amplitud teórica. A continuación hablaré de los escenarios desde los enfoques de sus protagonistas, es decir, los niños y los abuelos (el escenario de los padres se aborda también pero de forma muy breve).

Los escenarios del niño

¿Cómo perciben los nietos a sus abuelos? Es importante pensar qué representa para el nieto la figura del abuelo, cual es su “escenario de la abuelidad”, teniendo en cuenta que no existe nunca una transmisión pasiva procedente de la generación anterior. (Tisseron, 1997)

Algunos trabajos exploran las representaciones infantiles de las figuras de los abuelos (Mietkiewicz, 2002). Los abuelos están presentes en la evocación de los momentos importantes del grupo familiar, como representantes de una “envoltura familiar protectora”. Los niños hacen referencia a los momentos vividos con los abuelos representando situaciones de transmisión de conocimientos y habilidades, como iniciadores a la naturaleza, como grandes compañeros de juegos, o enseñando consejos sobre normas de vida... Asimismo, es a través de estos abuelos como los nietos van a aprehender e introducir temas como el envejecimiento y la muerte.

A través de las actividades en común, los abuelos serán también transmisores de “objetos”, sean físicos o bien relatos o imágenes. El mundo de los objetos es mediador de la interacción, soporte de introyecciones e identificaciones y lazo de la transmisión intergeneracional. Los objetos le sirven al niño para representarse a sí mismo o al otro y para poner en escena sus relaciones (afectivas, ambivalentes) con los demás. El niño utiliza estos objetos “transicionales” para interiorizar las funciones de los padres y de los abuelos. El “espacio transicional” de Winnicott, es aquí la constitución de un espacio-tiempo generacional. Cada objeto tiene el poder de sostener el pensamiento, la memoria, y finalmente la identidad” (Hurstel, 2005).

A lo largo del desarrollo, diferentes etapas evolutivas, modularán la relación abuelo-nieto. Comenzamos tomando un fragmento de “La novela familiar del neurótico” (Freud, 1909): “Para el niño pequeño, los

padres son al comienzo la única autoridad y fuente de toda creencia. Llegar a parecerse a ellos...: he ahí el deseo más intenso... Ahora bien, a medida que el niño avanza en su desarrollo...pequeños sucesos, que le provocan un talante descontento, le dan ocasión para iniciar la crítica a sus padres...”

Los abuelos ocupan un lugar muy importante en las fantasías del niño y en su imaginación. K. Abraham (1913) señala que “con el fin de paralizar el poder materno o paterno, el niño lo denigra colocando por encima de los padres un personaje más poderoso: el abuelo o la abuela. El apego al abuelo constituye aquí un desplazamiento de la autoridad parental”.

Para S. Ferenczi el abuelo es por un lado un personaje que impone respeto al padre y del cual el niño querría tener su autoridad para usarla contra el padre, pero por otro lado es un hombre de edad, incapaz de medirse sexualmente con el padre... (Chouchena, 2012)

F. Dolto dice que cuando el niño habla de su abuelo o abuela, no habla solo de ellos, sino también de sí mismo, expresando lo que le ha sucedido en su primera infancia, en una etapa que precedía a sus primeros recuerdos conscientes. De esa época el nieto probablemente tenga acerca de la abuelidad sólo recuerdos encubridores. (Redler, 1986)

Un abuelo, además de mostrar fotografías, puede hablar del pasado de papá y de mamá, lo cual interesa muchísimo al niño desde pequeño. Aquello que se elabora en torno a estos relatos y objetos para los niños de la tercera generación, es como una “novela familiar” (Hurstel, 2005)

El niño algo más mayor escucha con mucho interés el discurso de sus padres sobre sus propios padres: una crítica, una preocupación de salud, un recuerdo de un rasgo de personalidad, que “visten” a los personajes implicados (Castellan, 2002). A veces, un nieto varón va a fijar su interés en el conocimiento y la relación con el abuelo materno, percibiendo a este como el objeto primario del interés de su madre.

Para el niño, es como una revelación enterarse de que el padre y la madre también fueron niños. Y sólo los abuelos pueden hablar de estas cosas (Dolto, 1981). En este momento, el niño comprende que sus padres han tenido los mismos afectos de la dinámica conflictual edípica que los que él siente. Soulé (1979) afirma que las identificaciones no son realmente estructurantes e integradas en el Yo, hasta que el niño no se da cuenta de que sus padres han sido ellos mismos hijos de otros padres, dentro de una dinámica evolutiva que él también

deberá recorrer. Habitualmente el niño interioriza estas identificaciones cruzadas a través de lo que los padres y abuelos cuentan de sus propios padres y su infancia. Por esto, es en los relatos del niño mayor cuando se descubre más claramente aquello que ha sido transmitido.

Los aspectos relacionados con el género no están presentes de la misma manera en la relación con los abuelos como con los padres, al no mediar lo edípico con igual intensidad. Pero en los relatos de los nietos se observa que diferencian claramente sus funciones, dejando para los abuelos las actividades tradicionalmente masculinas y para las abuelas las femeninas. La observación por parte del niño de estas diferencias “generacionales” en cuanto a los roles de género, puede también facilitar el proceso de diferenciación.

Durante la pubertad, aparece una ruptura en el “envoltorio familiar protector”. En este periodo, sin sufrir habitualmente los ataques dirigidos a los padres, hay un distanciamiento, salvo cuando ha habido una estrecha relación y afinidad (Castellan, 2002). En esta etapa, la relación con el abuelo puede representar para el adolescente una posibilidad de comunicación con un adulto con menor autoridad.

Los escenarios de los padres

Los padres son la generación intermedia, el eslabón que une la cadena generacional, y la llave para la relación del nieto con los abuelos. La paternidad/maternidad conduce a una reidentificación forzada con la imagen de los propios padres en sus funciones parentales, que reactivará conflictos previos (Manzano y Palacio, 2005). Del grado de elaboración de estos conflictos va a depender la actitud de los padres en relación a la interacción abuelos-nietos.

Para los padres, es el momento de poder ejercer cierto dominio sobre sus propios padres y poder limitarles, o consentirles que consientan... Los padres presentan a los abuelos a una luz determinada, que condicionará la visión de los nietos. Los padres deberán situarles como padres de ellos mismos y también como abuelos. Sucede también que cada uno de los abuelos va a ser solicitado de manera diferente por cada padre o madre.

En los padres aparecen sentimientos contrapuestos y ambivalentes tanto hacia los hijos, como hacia sus propios padres (Redler, 1986). Según A. de Mijolla (1979), el niño recoge a menudo una historia edípica que no es la suya propia. Cita un estudio de E. Jones en el que este autor describe escenas o conflictos que se repiten en la eterna continuidad de los inconscientes. “una mujer que detestaba a su madre, detesta también a su hija,

un hombre que temía a su padre ha temido también a su hijo...” Aquí se encuentra la razón más profunda de la identificación nieto-abuelo: ambos son igualmente amados, odiados, temidos, por el padre o madre.

Los escenarios de la abuelidad

Para Paulina Redler (1986), la abuelidad, cualquiera que sea su momento cronológico, es dar el lugar de padre a otro. Pasar de ser nieto, a tener un nieto. Es un lugar que ya estaba estructurado por la intersubjetividad con los propios padres y abuelos, y es reestructurado en la relación actual abuelo-nieto. El acceso a la abuelidad conduce a una posición identificatoria especial, una identificación doble, simétrica, a la vez al niño que uno ha sido y al propio abuelo desaparecido, también al padre que uno ha tenido y al padre que ha sido. El movimiento psíquico consiste en ocupar todos los lugares del escenario, ser el abuelo de su infancia y al mismo tiempo el nieto de este abuelo. (Schneider, 2005). Por este motivo, esta nueva relación suele ser, si bien más compleja y contradictoria, menos pasional, menos intensa.

En esta época se suele producir el duelo por la jubilación, el distanciamiento o muerte de seres queridos, y la emancipación de los hijos ya mayores. Las conflictivas que se promueven con la emancipación progresiva y la exogamia del hijo, van gestando la crisis de abuelidad. También se evidencia en esta época la involución de la imagen narcisista del cuerpo. Estos cambios y pérdidas implican la transformación de imágenes de sí mismo y son contrabalanceados, en cierta medida, con la presencia del nieto.

Por todo lo anterior, buenas razones tiene un sujeto para desear la abuelidad, pues le brinda alegrías y satisfacciones compensadoras. Pero buenas razones tiene también para querer evitarla, rechazarla, protestarla... Felizmente: en los nietos la inmortalidad, la completud, ya han sido aseguradas, como un cumplimiento del Ideal del Yo, pero a la vez con la angustiada percepción del quebranto del Yo Ideal (inmortal). Las ambivalencias presentes en esta crisis libidinal pueden reactivar duelos más alejados en el tiempo.

El abuelo ubica al nieto en el lugar del su Ideal del yo. Por tal razón, entre otras, se sacrifica por el nieto, se somete a él, queda encantado, habla de él con terceros... En un juego de reflejos, el nieto refleja la imagen narcisista del abuelo. Cuanto más ramificado es el árbol de la descendencia, mayor es la ilusión de infinitud, y de supervivencia. En el frecuente lapsus de llamar al nieto o nieta por el nombre del padre o madre se condensan

al menos dos cumplimientos de deseo presentes en la “abuelidad”: el de ser joven o retroceder en el tiempo, y el de retornar al lazo de parentesco nuclear (Redler, 1986).

La relación abuelo-nieto, si bien desplazada de la conflictiva edípica nuclear, está determinada por ella. Abuelo y nieto convergen en la máxima sobreestimación y hostilidad al mismo ser. Para ambos, la generación intermedia queda ubicada imaginariamente como agente activo de frustraciones y privaciones. El nieto rivaliza con su padre, y el abuelo rivaliza con su hijo, ambos se identifican en la ambivalencia amorosa hacia la generación intermedia y como terceros excluidos de la pareja nuclear. Esto promueve complicidades e identificaciones abuelo-nieto. También pueden existir rivalidad y celos entre abuelo y nieto por el amor de la generación intermedia. Otras investiduras de la abuelidad, en cambio, siguen en el hijo, ahora en su paternidad, y no son colocadas en el nieto. (Redler, 1986)

Para valorar los aspectos patológicos hay que tratar de ver, cuanto hay de repetición en la novedad de ese encuentro abuelo nieto. La patología puede estar más relacionada con aspectos narcisistas o bien con aspectos edípicos.

En lo narcisista, las dificultades giran alrededor de la dificultad de elaborar los duelos de la abuelidad, primero por los intentos exogámicos del hijo y la aparición posterior de representaciones psíquicas de la abuelidad. En esta etapa aparecen frecuentemente estados sintomáticos que son duelos patológicos. Para el abuelo puede no ser mentalmente accesible aquello que sustituya lo perdido y el duelo puede tener más aspectos de frustración que de falta. Estos estados sintomáticos no coinciden necesariamente con el nacimiento del nieto, pueden ser previos.

Ya en la abuelidad, la presencia en el nieto de rasgos semejantes al abuelo, o la encarnación en él de algún nombre familiar, fomentan su eficacia salvadora. El individuo puede llegar a sentirse como un mesías... y el nieto a su vez, transformado en héroe. Si predomina el amor más narcisista por el nieto, principio de placer a expensas de la realidad, el nieto permanece alienado en una relación en la que carece de autonomía. Cuando este equilibrio se rompe, o también cuando el nieto es producto de una unión conyugal del hijo considerada por el abuelo como equivocada, los conflictos se muestran llamativamente. Los ideales puestos en los objetos hijo y/o nieto se truncan, y las identificaciones narcisistas se derrumban. Otras veces, idealización y odio aparecen escindidos en dos o más nietos, unos heroificados, amados

y otros, chivos emisarios, víctimas... (Redler, 1986)

En algunos casos (a veces en situaciones de negligencia o maltrato), los abuelos designan a sus hijos como malos padres, se presentan como cuidadores omnipotentes, y tienden a sustituirlos. Probablemente, los padres encarnan los aspectos negativos de la imagen de sus propios padres y es el reflejo de sí mismos lo que los abuelos rechazan. Considerar a su hijo o hija como un padre inmaduro, disminuirle a los ojos de los otros, le mantiene en una posición infantil de dependencia. En estas familias prevalecen las dificultades o ausencia de diferenciación de roles, espacios, y funciones entre la generación de los padres y los abuelos. (Mériai, 2002)

Los aspectos patológicos edípicos tienen que ver con la rivalidad de los abuelos con sus propios hijos, ahora convertidos en padres. Estos abuelos pueden tratar de impedir a los hijos el convertirse en padres. La competición de autoridad entre la madre y la abuela (o entre suegra y nuera) puede llegar a ser un factor de riesgo psicopatológico para el niño. También puede ocurrir que estas madres que sufren la rivalidad de la abuela deleguen en ella el cuidado de los hijos. Según Chartier “el niño al que una madre deja al cuidado de su propia madre es a menudo a modo de reparación”. Los niños también pueden ser el lugar de cristalización de la lucha entre suegra y nuera. (Chouchena, 2012)

CONCLUSIONES

Para el niño, la presencia de los abuelos supone una articulación de diferentes miradas sobre él, que se constituyen en un entramado de identificaciones (Mises, 2006). En muchos casos, la imagen que el abuelo devuelve al nieto es mucho más benevolente, y favorece la aparición de una imagen más integrada de sí mismo. Se puede decir que el niño percibe a los abuelos en “contrapunto” a los padres, según la definición del término musical del contrapunto, como “un motivo secundario que se superpone a cualquier cosa, teniendo una realidad propia”. Los padres tienen la línea melódica principal, pero el abuelo está muy próximo y se entrelaza. (Castellan, 2002)

Los niños que tienen una ligazón estrecha con sus abuelos tienen una mayor seguridad afectiva y son más receptivos a otros vínculos, a otras lenguas, y a otras culturas.

Para los abuelos, la relación con el nieto, como toda relación transferencial es un retorno al pasado, una repetición, pero, cuando se lleva a cabo resolutivamente, es una influencia beneficiosa que ayuda al sujeto

a resguardarse contra los duelos por la involución corporal, la jubilación y a la disminución o pérdida de relaciones (Robinson, 1989). Esto implica un proceso de “crisis de la abuelidad”, que permita la construcción de identificaciones, de las cuales pueda emerger el abuelo como sujeto deseante al encuentro de nuevos objetos. (Redler, 1986)

El abuelo experimenta con menos rigor que el padre los afectos de la relación paterno-filial. Esto le permite una mirada más libre sobre el nieto (Redler, 1986), como objeto representativo privilegiado en el cual transferir los deseos edípicos y los amores narcisistas, pero de forma más laxa que los padres.

En las relaciones entre abuelos y nietos, como en cualquier otra relación, todo puede pasar. Cuando son participantes y cariñosos, los abuelos aportan al niño una seguridad afectiva, un sostén a los padres y obtienen un significado para sí en esta etapa de su vida. (Kornhaber, 2012, Robinson, 1989)

Para los profesionales: En el tratamiento de adultos conocer los dinamismos en juego en esta etapa ayuda a entender algunas descompensaciones sintomáticas.

En salud mental infanto-juvenil, las posibilidades de servirse útilmente de los abuelos dependerán de la creatividad del terapeuta. Hay que recordar que la relación entre abuelo y nieto es importante y profunda, y que un sistema familiar armonioso, de tres o cuatro generaciones, constituye el mejor sostén posible para el bienestar afectivo de sus miembros. (Kornhaber, 2012)

Para terminar con un texto de Dolto (1981): “La abuela es un personaje muy importante. Conviene que desde muy temprano el niño sepa su nombre, que no se llame “abuelita” a cualquier persona anciana, que se distinga por su nombre de familia y no se confunda a la materna con la paterna... A veces hay tensiones entre la mamá del niño y su madre o su suegra. El niño se da bien pronto cuenta de esta situación, y no hay que ocultársela; conviene que se la tome con buen humor. Importa que la madre y la abuela no disputen en presencia del niño por la sencilla razón de que una quiere lo contrario de la otra. También conviene que las abuelas no hagan como que el niño les pertenece y digan por ejemplo: “Ah ¡éste es mi nene! ¡Ésta es mi nena!... Por otro lado, es bueno que las abuelas no tengan miedo y digan: “¡Ah, no sé si mi hija (o mi nuera) estará contenta con esto que hago! Que hagan con el niño lo que tengan ganas de hacer y que luego den sus explicaciones;... El sentido genético, de la descendencia, nace muy pronto en el niño cuando se lo expresa con palabras. El niño comprende rápidamente

con quien tiene que vérselas, si uno se lo dice. A veces se aprovecha, pero no importa”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1913). *Estudios sobre psicoanálisis y psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Castellan, Y. (2002). Le point de vue des petits enfants. Comment la figure des grands-parents évolue avec l'âge des enfants. *Dialogue*, 158(4), 41-50.
- Colarusso, C. A. (2000). Separation-individuation phenomena in adulthood: general concepts and the fifth individuation. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1467-1489.
- Chouchena, O., Soule, M. y Noël, J. (2012) Les grands-parents dans la dynamique normale ou pathologique des enfants. En Lebovici, S., Diatkine, R., y Soulé, M. *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 2633-2660). Paris: Puf Quadrige.
- De Carli, P., Tagini, A., Sarracino, D., Santona, A., Bonalda, V., Cesari, P. y Parolin, L. (2017). Like grandparents, like parents: Empirical evidence and psychoanalytic thinking on the transmission of parenting styles. *Bulletin of Menninger Clinic*, 1-25.
- Dolto, F. (1981). *Niños agresivos o niños agredidos*. Madrid: Editorial Paidós.
- Druenne-Ferry, M. (1979). Compte rendu bibliographique (pp.156-162). En Soulé, M. (Dir). *Les grands-parents dans la dynamique de l'enfant*. Paris. Les éditions E.S.F.
- Freud, S. (1909). *La novela familiar de los neuróticos*. Amorrortu editores.
- Houzel, D. (2003). Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents. *Psychiatrie de l'enfant*, XLVI(2), 395-434.
- Hurstel, F. (2005). Heurs et malheurs de la grand-parenté. En B. Schneider, M. Mietkiewicz y S. Bouyer, *Grands-parents et grands-parentalités* (pp. 255-263). Ramonville Saint-Agne: Editions Erès.
- Imber, R. (2010). Treating patients who are parents: the good grandparent transference and countertransference. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 58(3), 489-511.
- Kornhaber, A. (2012). Los abuelos. En Lebovici, S. y Weil-Halpern, F. *La psicopatología del bebé*. (pp. 83-86). Paris: Siglo Veintiuno Editores.
- Manzano J., Palacio Espasa, F. y Zilkha, N. (2005). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*, Bilbao: Ed. Altxa.
- Marías, J. (1998). Abuelos y nietos. En ABC (Madrid) 17/12/1998.
- Mérai, M. (2002). Dans le contexte d'un placement familial. Les grands-parents captateurs ou abusifs ou les ratés de la transmission de la fonction parentale chez certains grands-parents. *Dialogue*, 158(4), 77-84.
- Mietkiewicz, M, Douteau, M. y Collin, S. (2002). Le point de vue des petits-enfants. “Moi, mon grand-père...”. Des grands-pères dessinés et racontés par des enfants de 8 à 11 ans. *Dialogue*, 158(4), 32-40.
- Mijolla, A. (1979). Les grands-parents et la préhistoire du complexe d'oedipe. En Soulé, M. (Dir). *Les grands-parents dans la dynamique de l'enfant* (pp. 40-59). Paris: Les éditions E.S.F.
- Misès, R. (2006). El trabajo en equipo. En Cl. Geissman y cols. (eds.), *El niño, sus padres y el psicoanalista*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Redler, P. (1986). *Abuelidad. Más allá de la paternidad*. Buenos Aires: Ed. Legasa.
- Robinson, L. H. (1989). Grandparenting: intergenerational love and hate. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*; 17(3), 483-491
- Schneider, B., Mietkiewicz, M. y Bouyer, S. (2005) Introduction. En Schneider B., y cols. (eds.) *Grands-parents et grands-parentalités* (pp. 7-26). Ramonville Saint-Agne: Editions Eres.
- Soulé, M. (1979). Preface. En Soulé, M. (Dir), *Les grands-parents dans la dynamique de l'enfant* (p. 11). Paris: Les éditions E.S.F.
- Tisseron, S. (1997). *El Psicoanálisis ante la prueba de las generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

DIFICULTADES EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE*

DIFFICULTIES IN THE THERAPEUTIC APPROACH: CLINICAL CASE OF A TEEN PATIENT

Esmeralda Vegazo Sánchez**, Diego Trejo***, Isabel Reyes de Uribe-Zorita**** y
Cristina Catalina Fernández*****

RESUMEN

La complejidad del trabajo psicoterapéutico con adolescentes, edad conflictiva por antonomasia, supone no pocos desafíos para el equipo de Salud Mental Infante Juvenil. En este artículo presentaremos un caso clínico, sobre el recorrido de una paciente adolescente atendida en un Centro de Salud Mental, diagnosticada de trastorno límite de la personalidad. Explicaremos su evolución psicopatológica, a la vez que las dificultades que encontramos a lo largo del tratamiento. Pretendemos ilustrar cómo la paciente encuentra una estabilidad sintomatológica al establecer relaciones objetales de tipo anaclíticas, primero con su pareja, y luego más tarde, en la búsqueda incesante de tener un hijo.

Palabras clave: tratamiento, adolescencia, trastorno límite de la personalidad, relaciones anaclíticas.

ABSTRACT

The complexity of the psychotherapeutic work with adolescents, conflicting age by antonomasia, involves few challenges for the team of Mental Health Infante Juvenil.

In this article we will present a clinical case, about the course of a teenage patient attended at a Mental Health Center, diagnosed with borderline personality disorder. We will explain its psychopathological evolution, as well as the difficulties that we find throughout the treatment. We intend to illustrate how the patient finds a symptomatic stability in establishing anaclitic object relations, first with her partner, and later, in the incessant search for having a child.

Key words: treatment, adolescence, borderline personality disorder, anaclitic relationships.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo psíquico, es un proceso dinámico y sumamente complejo, que se sustenta tanto en la evolución biológica, psicológica y social. Por ello, partimos de que estas tres áreas estén íntimamente relacionadas, influyéndose mutuamente. Los niños y adolescentes son personas en desarrollo y por tanto influenciados por el entorno, y a su vez su problemática psíquica puede provocar reacciones en este mismo medio. El riesgo que

* Comunicación presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Aranjuez. E-mail: esmevegazo@hotmail.com

*** Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Aranjuez. E-mail: dansk68@hotmail.com

**** Psicóloga Clínica. Centro Salud Mental E-mail: isa_zorita@hotmail.com

***** Psicóloga Clínica. E-mail: cristinacatalina8@gmail.com

conlleva la no resolución de graves conflictos en esta etapa supone un aumento de la morbimortalidad en la edad adulta que es necesario evitar interviniendo lo más tempranamente posible.

Aunque existe disparidad de opiniones acerca de la nosología de los trastornos límites de personalidad, el término *borderline* apareció por primera vez en 1884, de la mano del psiquiatra C. Hughes, que hablaba al respecto de un “campo fronterizo”. Fue sin embargo, en el año 1938, cuando el psicoanalista Adolph Stern utilizó este término para caracterizar afecciones psiquiátricas que “superaban la neurosis pero que no alcanzaban la psicosis” ya que muchos autores califican los síntomas del trastorno límite como pseudopsicóticos (Stern, 1938). Bajo esta concepción se establecía un continuo gradual entre uno y otro extremo, situándose el trastorno en el «límite». Otros grupo de autores, como R. Knight (1954) y O. Kernberg (1967), consideran sin embargo, que los estados límites constituyen una entidad nosológica independiente.

Jean Bergeret, propone en su libro “La personalidad normal y patológica”, lo que él llamó “a-estructuración” o “estado” en los límites de la neurosis y psicosis. En tanto que habría estructuras sólidas y definitivas como es la psicótica y la neurótica, y otras “estructuras intermedias o a-estructuras” que incluirían disposiciones más estables como las perversiones y la patología caracterial (Pereña, 2009).

Aunque siguen existiendo dificultades a la hora de conceptualizar y clasificar este tipo de pacientes, los rasgos que se van describiendo en estos cuadros son: fragilidad del yo, el predominio de los impulsos pulsionales desintegradores, vacío interior (por lo que se pide a la realidad exterior que lo supla), el bloqueo ocasional, afectos inapropiados, dispersión de la atención y del pensamientos, significaciones paranoides y a veces trastorno del lenguaje (Pereña, 2009).

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. PRIMERA ENTREVISTA.

Aproximadamente hace tres años, acudía a nuestras consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil, una chica de catorce años de edad, acompañada de su madre, con un parte de Interconsultas que indicaba: paciente que sufrió intento de violación. Está nerviosa y con ansiedad. Ruego estudio y valoración. Junto con el parte, se adjunta una copia de una nota remitida por los responsables del

instituto donde estudia María, donde describen que: La alumna María, desde el inicio del presente curso la alumna ha venido presentando problemas de adaptación, de relación y de conducta que han derivado en situaciones de extrema gravedad para la propia niña y el entorno familiar entre los cuales se incluyen las autolesiones.

Durante la primera entrevista la paciente relata que el motivo de consulta se debe a que hace un año, un familiar muy cercano, intentó abusar sexualmente de ella, aunque sin llegar al acto. Nunca lo comentó a sus familia. María refiere que estando en clase, comenzó a recordar todo lo ocurrido y al no soportar más la idea, intentó arrojar por una ventana. Dice que lleva días sintiéndose ansiosa y que se ha autolesionado para calmar la ansiedad. La madre comenta que la nota “rara” desde hace 2 meses, que está teniendo muchos problemas con los compañeros del instituto y que por las noches duerme mal, se despierta sobresaltada y llorando. La madre describe, al menos, dos intentos de defenestración y cortes superficiales en antebrazos con finalidad ansiolítica. La paciente pone esto en relación con la angustia que le genera recordar lo ocurrido con este familiar.

Al preguntar por la historia familiar, la madre de María explica que provienen de un país de Latinoamérica. Ella vino a España por cuestiones económicas junto con sus otros tres hijos mayores, y con María, que por entonces tenía dos años de edad. Explica que sus cuatro hijos son del mismo padre, y que se divorció de éste antes de venir a España, teniendo poco contacto con él. Comenta que no le volvieron a ver puesto que falleció de cáncer cuando la paciente contaba con ocho años de edad.

La paciente actualmente vive con su madre, la pareja de ésta (con el que tienen una hija en común), dos de sus tres hermanos mayores. Refiere tener buena relación con toda su familia. No refieren contacto previo con Salud Mental ni antecedentes familiares al respecto.

En el contexto escolar, la paciente cursa 1º de la ESO, con un muy mal rendimiento académico. Su madre relata numerosos conflictos con sus profesores (falta de respeto) y con los compañeros (la acusan de promiscua). Reconoce que no le gusta estudiar y que quiere dedicarse, como su madre, al comercio.

En la exploración psicopatológica, la paciente se encuentra consciente y orientada, abordable y colaboradora. Llama la atención, que en gran parte de la entrevista hace alusiones a “la visión de espíritus”, tales

como la figura de su padre biológico, muerto cuando ella tenía 8 años, y “una niña vestida de negro”. No impresionan alteraciones senso-perceptivas, ya que el juicio de realidad está conservado en todo momento. No se evidencia ideación delirante. Refiere cierta ansiedad, aunque no manifiesta. Se observa cierta hipotimia reactiva a situación vital actual. Impresiona cierto grado de disociación respecto de la gravedad de los hechos que ha protagonizado. Reconoce consumo de OH y tabaco “para olvidarme de todo”. No se descarta el consumo de otras sustancias psicoactivas.

El juicio clínico presuntivo sería a un “probable diagnóstico de trastorno de personalidad límite a filiar”, teniendo en cuenta que la paciente no tiene 18 años y es conveniente tener en cuenta la evolución del cuadro.

Durante la entrevista se evidencia que la menor pasa gran parte del tiempo sola en casa, con escasa supervisión de adultos responsables (la madre y la pareja de la madre al que llama “padre” regentan un comercio). El instituto también ha dado cuenta del caso a los Servicios Sociales correspondientes.

Se plantean sesiones de psicoterapia individual tanto en Psicología como en Psiquiatría junto con intervenciones familiares. La paciente y su madre, conformes con esto.

GÉNESIS DE LOS ESTADOS LÍMITES. ORGANIZACIÓN LÍMITE

Según Jean Bergeret, en su libro “La Personalidad normal y patológica”, en el caso de los “estados límites” encontramos un “Yo” que ha superado sin excesivas frustraciones y sin fijaciones demasiado importantes los primeros momentos iniciales, por lo que ese Yo continuará sin grandes tropiezos hacia el Edipo. Es en el momento del inicio del Edipo, en la mayoría de los casos, cuando esta situación relacional triangular y genital no puede ser abordada en condiciones normales; el sujeto vive un contexto de una frustración muy viva, como riesgo de pérdida del objeto; esto es lo que llamaríamos el “traumatismo psíquico precoz”. “Tal traumatismo debe comprenderse en el sentido afectivo del término: corresponde ante todo a una intensa emoción pulsional, que sobreviene en un estado muy deficientemente organizado y poco maduro en cuanto a sus defensas, sus adaptaciones y a su equipamiento psíquico en general”. Este primer traumatismo afectivo o “traumatismo precoz” desempeñará el rol de primer desorganizador de

la evolución del sujeto. Su efecto inmediato será el de detener la ulterior evolución libidinal del sujeto.

En el caso de María, si revisáramos su biografía con atención, recordaríamos que su madre se separa de su marido cuando ésta tenía dos años de edad, y deja su país de origen para venir a España, ella sola con sus 3 hijos. Esto nos haría pensar qué quizás esta madre no estaría en condiciones psíquicas para sostener y darle todas las atenciones afectivas que necesitó la paciente en ese momento. Por otro lado, además, recordemos que la paciente en las primeras entrevistas habla con gran dolor de la pérdida de su padre, del cual siente que no se pudo despedir, y culpa a la madre de ello. Quizás, podríamos pensar que esa “niña que viste de negro” que ve en ocasiones y que sueña con ella podría ser una proyección de ella misma vestida de luto ante la muerte de su padre.

Ya Stern, en 1945, refirió que estas personas con esta patología, “su narcisismo está mal establecido y se mantiene frágil”. Bergeret, confirma esta idea afirmando que los estados límites se trata ante todo “una enfermedad del narcisismo”. “Una vez superado el peligro de la psicogénesis del tipo psicótico, el Yo no ha podido, sin embargo, llegar a una psicogénesis del tipo neurótico; la relación de objeto ha permanecido centrada sobre la dependencia anaclítica del otro; el peligro inmediato contra el cual luchan todas las variedades de estados límites es ante todo la depresión”. La paciente en una sesión verbaliza, “he tenido otro ataque de depresión y me corté un poco en las muñecas”. No puede explicar por qué hace esto, dice ponerse muy triste cuando piensa en su padre fallecido a raíz de un cáncer “me siento culpable de que haya muerto”.

Otro experto en la materia, Otto Kernberg (1967), ha insistido en que los pacientes con personalidad límite, han mantenido “dos sectores operacionales del Yo, uno que se mantiene en el marco de una clásica adaptación a los datos de la realidad exterior, y otro que funciona de un modo mucho más autónomo en relación con la realidad, y esencialmente fijado en las necesidades narcisistas internas, en el anaclitismo tranquilizador” (...) “Todo el problema económico de la organización límite se verificará en las relaciones entre esos dos sistemas, adaptativos y defensivos a la vez, que permiten al Yo una cierta seguridad y una cierta movilidad pero que nunca constituyen una estructura

verdaderamente sólida; el sujeto seguiría dependiendo de manera demasiado masiva de las variaciones de la realidad exterior y de las posiciones de los objetos, así como de su distancia respecto de sí mismo. Todas las organizaciones límites, constituyen estados indecisos del Yo, que todavía no se hallan realmente estructurados de manera formal y definitiva. Esos estados se limitan, como hemos visto más arriba, a ser “acondicionados”, y en general, de manera bastante eficiente. Bajo su aspecto global, las defensas empleadas por un Yo semejante no son demasiado fijas, ni demasiado sólidas, ni demasiado especificadas, ni demasiado intercambiables. Conservan un cierto grado de fluctuación, pero infortunadamente pagan esta posibilidad con un detrimento de su fuerza.” (...) “Las organizaciones límites no resisten las frustraciones actuales que despiertan las antiguas frustraciones infantiles significativas; estos sujetos, que a menudo dan la impresión de estar “en carne viva” por su grado de sensibilidad, utilizan fácilmente rasgos de carácter paranoico para tratar de asustar a quien podría frustrarlos”. (Bergeret, 1974, 189-191).

Como hemos mencionado anteriormente, se ha considerado que uno de los rasgos propios de la organización límite consiste en las relaciones de objeto de tipo anaclítico que establece con su entorno. Es decir, “se apoya sobre el interlocutor, ya sea en espera pasiva y mendigando satisfacciones positivas, o bien en manipulaciones mucho más agresivas, evidentes o no, de esa pareja indispensable. La relación de objeto anaclítica constituye una relación de gran dependencia que sigue viviéndose y jugándose de a dos, pero de manera muy diferente a la partida fusional del psicótico con su madre. Para el anaclítico se trata de ser amado y ayudado tanto por uno como por otro de los integrantes de la pareja paterna.

EVOLUCIÓN DEL EN LOS PRIMEROS MESES DEL TRATAMIENTO Y ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO AL CASO

Debido a la gravedad y complejidad del caso, desde el inicio del tratamiento, sentimos que es imprescindible coordinarnos con servicios intrahospitalarios y extrahospitalarios que atienden la problemática de salud, al igual que con dispositivos sociales y de la red educativa. Además pensamos en la necesidad de prestar atención a las interacciones familiares, relaciones con otros adultos

y con sus iguales de su entorno.

- Inicio del tratamiento: a los pocos meses del inicio del tratamiento, se reiteran graves episodios de intentos autolíticos, muchos de los cuales terminan acudiendo la paciente y su familia al Servicio de Urgencias del Hospital. Llama la atención que durante las entrevistas posteriores a estos hechos, la paciente se muestra hipertímica, con sonrisas inmotivadas, en un estado de disociación.

- A lo largo que iban transcurriendo las entrevistas, María fue manteniendo el mismo patrón de conductas de tipo impulsivo, desafiante hacia la autoridad, ignorando las consecuencias de sus actos y reiterando las autolesiones que ocultaba activamente a su familia.

- Además, mantiene siempre un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, tendiendo a relacionarse con personas en riesgo de exclusión social o que muestran conductas abiertamente antisociales (parejas, amigos, etc.).

- Desde el instituto describen reiteradas actitudes de cierta desinhibición sexual (vestimenta, insinuaciones, etc.) lo que le ha generado el rechazo de gran parte de sus compañeros.

Durante este tiempo, varios graves episodios marcan la biografía de la menor:

- Ocho meses después del inicio del tratamiento: en una sesión, la paciente refiere encontrarse bien, aunque su madre rápidamente la rectifica y explica un suceso acontecido en el instituto. La madre de la paciente explica que a raíz de que unos compañeros que insultaran a María, ésta se llevó un arma blanca al instituto con la intención de darle “una lección” a su compañero. Habla de matar a su compañero, pero luego dice estar arrepentida de lo que hizo.

María es consciente de sus actos y dice saber que está mal lo que ha hecho. Presenta una baja tolerancia al fracaso con marcada tendencia al acting out. Debido a ello el instituto solicita que María reciba clases en casa dada la casi imposibilidad de que siga acudiendo al instituto por sus constantes disconductas.

- Un año después del inicio del tratamiento: Otro grave episodio marcará la dirección de la terapia de la paciente. A raíz de una fuerte discusión que mantenía con un amigo, María se arroja por la

ventana del patio de luces donde se encontraba con su amigo y sufre graves politraumatismos, quedando ingresada en el Hospital de referencia de la zona. Dada la gravedad de los hechos y la falta de una adecuada supervisión de la menor, proponemos la derivación a la Unidad de Media Estancia para adolescentes, centro concertado con la Comunidad Autónoma durante 6 meses para luego valorar el ingreso en un Hospital de Día. Tanto la paciente como su familia están de acuerdo con esta medida, la madre refiere que le parece una buena idea "para que le ayuden a estar mejor". María hace crítica relativa de lo sucedido, minimizando las consecuencias de sus actos.

- Seis meses después, la paciente que ha seguido su tratamiento ambulatorio a la espera de tener una plaza en este recurso, y ante el inminente ingreso, tanto la paciente como su madre, se oponen a esta medida. Alegan que "está mejor, no es como antes" y solicitan cancelar la solicitud del ingreso a este dispositivo. Parte de esta estabilidad refieren que se debe a la nueva pareja con la que llevan tres meses de relación y la supervisión más continuada por parte de sus familiares. Empieza a ser llamativo que esta pareja empieza a acompañarla a todas las consultas. Los profesores que acuden a su domicilio nos comentan que su pareja se encuentra siempre en su casa, incluso cuando están dando las clases su pareja permanece a su lado.

Francisco Pereña (2009), refirió que "relación con los otros se hace confusa por no responder a una elección amorosa sino a un uso maníaco o a una inhibición temerosa que evita tomar al otro como objeto de deseo". Esta confusión es correlativa a la falta de límite interno, que es el que pergeña el deseo en el mundo de los impulsos pulsionales, y que se fragua con la experiencia subjetiva del anhelo, la decepción, el encuentro, las pérdidas y los diversos avatares sensitivos, afectivos y morales, tales como la demanda, el amor, el rechazo, el temor, la angustia y la culpa".

A medida que pasa los meses, la paciente en líneas generales, refiere encontrarse mejor de estado de ánimo, menos sintomatología ansiosa, menos conductas auto y heteroagresivas (no ha vuelto a realizarse cortes en los brazos), no verbaliza tener visiones, y en las consultas su discurso parece más apaciguado. Ella refiere que desde que está con su pareja tiene "mucha paz, y me

da mucha tranquilidad", "yo he cambiado mucho desde que estoy con él". Su pareja, se trata de un chico que tiene antecedentes personales en Salud Mental y entre otras dificultades, ha tenido muchos conflictos con sus compañeros en el Instituto, abandonando el año pasado los estudios y ayudando actualmente en el trabajo de la familia. Helene Deutsch en 1945, nos presenta la imagen del "compañero", que traduce la necesidad de dependencia del objeto, la necesidad vital de su proximidad. Nos hallamos aquí muy cerca de la clásica relación de objeto de tipo contrafóbico, que es lo que parece que hayamos en la relación de su pareja actual.

La paciente continuará acudiendo a sus consultas de Psiquiatría y de Psicología, refiriendo encontrarse estable en todo momento.

Dos años después de inicio de tratamiento. Nos enteramos de forma indirecta, que María está embarazada de 35 semanas. La madre nos comenta que ella hasta hace muy poco no lo sabía, ya que María ha tratado de ocultarlo a toda su familia. Tanto la paciente como el feto se encuentran bien de salud, a pesar de que no se había hecho ninguna revisión ginecológica hasta el momento.

Ultima sesión: La última sesión que se tiene de la paciente por el momento, es tras haber dado a luz recientemente. María aparece en consulta muy contenta y conversadora, dice estar muy bien tanto ella como su hijo que aún no ha cumplido un mes de vida. Comenta que ella quería tener un hijo y que se lo ocultó a sus padres porque sabía que sino la iban a obligar a interrumpir el embarazo. Dice que el niño está muy bien pero que el parto fue complicado. No plantea ninguna demanda ni ninguna preocupación en la consulta, más allá de las propias del cuidado de un recién nacido. Dice tener buen apoyo por parte de su pareja y de la familia tanto de él como de la suya propia. Actualmente vive con sus padres, su pareja y su hijo, y se encuentra muy contenta con la situación. Con respecto a su hijo dice estar muy ilusionada, comenta muy sonriente. En esta última sesión, con respecto al cuidado de su hijo comenta que "su hijo siempre quiere estar con ella", "quiere estar en sus brazos en todo momento, y en cuanto lo deja en la cuna llora, por lo que siempre está con ella", "duerme con ella en su cama porque sino llora y en cuanto no me siente se pone otra vez a llorar". Llama la atención la dependencia que dice la paciente que tiene su hijo de ella.

A lo largo de las sesiones, María ha ido evolucionando favorablemente, y pareciera que la sintomatología de la

paciente ha ido disminuyendo, encontrando una mayor estabilidad en su psicopatología. Según refería Bergeret (1974), parece que María ha tenido “un acondicionamiento imperfecto de su personalidad”, a través de una relación de dependencia anaclítica con los otros, primero con su pareja y luego en la busca incesante de tener un hijo.

CONCLUSIONES

A lo largo del tratamiento, María, ha tenido una evolución favorable, teniendo una mejora en la sintomatología ansioso-depresiva, realizando menos acting-out, y pudiendo realizar una vida más normalizada, con proyectos de futuro. Sin embargo, esta disminución en su sintomatología no implicaría un cambio en su estructura sino un acondicionamiento particular que implicaría soluciones más estables y más duraderas.

La especificidad de la adolescencia exige replantear la técnica, pero también permite una comprensión nueva y abre nuevas vías teóricas y prácticas. Los obstáculos que encontramos, por un lado son los habituales al proceso, matizada por razones de la etapa las propias en cualquier proceso terapéutico en el adolescente, Además, en pacientes con graves pasos al acto, disociaciones, van a plantear importante problemas, que apuntarán a la necesidad de investigar y esclarecer una patología estructural más grave, así como implicarán la protección de los límites del encuadre y un trabajo de integración más

laborioso. En los casos de mayor severidad de patología del actuar y donde las manifestaciones comportamentales alcanzan una intensidad disruptiva importante exigirá la intervención institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergeret, J.(1974). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa.
- Deutsch, H. (1945). Some forms of emotional disturbance and their relationship tu schizophrenia, *Yearbook of Psychoanalysis*, 1, 121-136.
- Grunberger, B. (1958). *Preliminaire a une etude topique du narcissisme*, *R.F.P.*, 22, 269-296.
- Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 33/34, 59-91.
- Knight, R.: *Bordelines states. Psychoanal. Psychiat. And Psychol.* N.Y. Internat. U. Press, 97-108.
- Pereña, F. (2009). Denegación y límites. Acerca de los llamados trastornos límites, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29, 7-33.
- Stern, A. (1938): Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q*, 7, 467-489.

TRAMAS DE LA CONSTITUCIÓN SUBJETIVA Y LA COMPLEJIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE NIÑOS DESDE UN ENFOQUE RELACIONAL (PARTE 2)*

NETWORKS OF SUBJECTIVE CONSTITUTION AND THE COMPLEXITY OF THE DIAGNOSIS OF CHILDREN FROM A RELATIONAL PERSPECTIVE (2ND PART)

Alejandra Taborda** y Agustina Labin***

RESUMEN

Este trabajo amplía uno precedente. Aporta al abordaje del diagnóstico y sus enlaces con las vicisitudes de la recomendación terapéutica; en términos de diferenciar entre dificultades por déficits, conflictos o reconstrucciones subjetivas en curso.

Para trazar ejes conceptuales que delinearán estas diferencias, como figura didáctica, puntualizamos observables evolutivos, organizados en torno a las primeras ligazones amorosas, un segundo tiempo de diferenciaciones amorosas y un tercero de descubrimiento de la alteridad del otro. Observables que se constituyen en las capas profundas de la mente, coexisten y transforman a lo largo de la vida. En pos de señalar la importancia de elaborar diagnósticos que den cuenta de lo constituido y sus transformaciones, de déficits y/o dificultades nos focalizamos en la niñez. Dos supuestos básicos guían esta presentación; en la vida de una persona el diagnóstico nunca resulta neutro, es terapéutico o iatrogénico, tanto desarrollo como trauma devienen en la dimensión relacional intersubjetiva.

Palabras clave: infancia, constitución subjetiva, psicodiagnóstico

ABSTRACT

This work expands one precedent. It contributes to the approach of the diagnosis and its links with the vicissitudes of the therapeutic recommendation; In terms of differentiating between difficulties due to ongoing deficits, conflicts or subjective reconstructions.

As a didactic device, we decided to consider developmental aspects observable across childhood in order to outline core concepts that allow us to improve our analysis of these aspects. Said observable developmental aspects relate to the first affectionate bonds, a second stage of affectionate differentiations and a third stage of the discovery of otherness. These dimensions are pointed out as emergent in the frame of complex networks of nonlinear subjective constitution processes. These observable developmental aspects exist in the deep layers of our minds, coexist and transform along life. In this work, our descriptions focus on the first two

* La primera parte de este trabajo fue publicada en el n°64 de Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

** Doctora en Psicología. Prof. Adjunto de la UNSL. Directora del Proyecto de Investigación: Psicoterapia Psicoanalítica de grupo N.º 22H534. Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis –Argentina

*** Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis –Argentina

dimensions. Our purpose is to highlight the importance of making diagnoses that account for what is established and its transformations, deficiencies and/or difficulties. Two basic assumptions guide this presentation: that in a person's life, a diagnosis is never neutral; it is either therapeutic or iatrogenic, and that both development and trauma occur in an intersubjective relational dimension.

Key words: childhood – subjective constitution – psychodiagnostic

PASAJE DE LAS LEYES Y MITOS FAMILIARES A LAS MÚLTIPLES LEGALIDADES. COMPARTIR CON OTROS TOLERANDO LAS DIFERENCIAS

El entramado de constelaciones internas descritas precedentemente imprimen las particularidades con que cada niño/a se abre al mundo exogámico. Apertura que conlleva nuevas deconstrucciones y reconstrucciones en los posicionamientos subjetivos e intersubjetivos que permiten transitar entre el quién soy y quien quiero ser. En otras palabras, los incipientes procesos descritos con anterioridad se conjugan y paulatinamente se complejizan, se arman y rearman, para dar pasos más allá de ser niña o niño a qué tipo de niña o niño quiero ser. Trabajo psíquico que, emplazado intersubjetivamente involucra pensar y saber qué está pensando, articular intrasubjetivamente diversos puntos de vista e intersubjetivamente con el de los otros, la aceptación activa de la norma, el reconocimiento de la incompletud ontológica y la alteridad del otro, bajo el eje ordenador del amor al semejante. En este trayecto el niño ha constituido modelos operativos, mapas cognitivos, representaciones, o guiones de sí mismo y de su entorno que hacen posible la organización de las experiencias subjetivas y cognitivas propulsan el enriquecimiento, la reinterpretación y remodelación de dichos modelos a lo largo de la vida. Además, ha realizado importantes progresos en su capacidad de significar la experiencia propia y la de los otros como estados subjetivos y procesos mentales que le permite reconocer, en sí y en los otros deseos, creencias, sentimientos y pensamientos.

Recordemos que la modificación de la Ley de educación nacional (Ley 27.045, 2014) “declárese obligatoria la educación inicial para niños/as de cuatro (4) años en el sistema educativo nacional” no deja otra opción que emprender el camino que conduce a lo extrafamiliar. El paradigma Educación para todos condensa derechos y obligaciones que tallan de modo sustancial la transmisión inter y transgeneracional. Inaugura una nueva etapa en la

vida social ya que todos y cada uno, somos alcanzados por el imperativo que plasma la ley, lo cual se constituye en una prueba que se debe pasar que no siempre resulta sencillo de sostener. Demanda la puesta en juego de múltiples procesos de la vida psíquica que ponen en juego, entre otras cosas, la capacidad de identificarse y diferenciarse de otros, de tolerar los sentimientos de potencia/impotencia, inclusión/ exclusión. Procesos que según Rodolfo (2013) interactúan recíprocamente -especialmente a partir de los 6 años con las exigencias de la escuela primaria- con el deseo de ser grande; la autoestima y la capacidad para dar sentido a lo que se hace. Al compás del desarrollo de la capacidad para hacer cosas sin ganas...pero por deseo, sobre todo el deseo de ser grande, cuya vigencia es absolutamente necesaria para cualquier realización. Si esto fracasa, el deseo queda a merced de los coletazos del estado de ánimo, como sucede en muchas depresiones, o a la excesiva importancia que cobra la valoración social de lo que se está intentando llevar a cabo.

Hablar de esta franja etaria implica abarcar desde el ingreso a la escuela primaria -generalmente aún de la mano de acompañantes- hasta los niños que practican junto con sus pares diferentes estrategias preparatorias a la adolescencia, tales como sus pijamas party, su lugar en el equipo de fútbol, su diario íntimos, sus extensos tiempos de chatear.

Las mencionadas escenas dan cuenta tanto de la amplitud de los paulatinos e intrincados cambios, construcciones, deconstrucciones y reconstrucciones que se suscitan en esta edad, como de cuales son más característicos de los niños y cuáles de las niñas. En este trayecto evolutivo -sobre la base de las representaciones que ambos padres fueron transmitiendo desde los orígenes de la vida, el descubrimiento de la diferencia de sexo y de la incompletud ontológica- se pone en juego un extenso y complejo trabajo de construcción de las articulaciones identitarias entre sexualidad y género, feminidad/masculinidad. Procesos discontinuos y en diversos grados conflictivos que se configuran en reorganizadores de la subjetividad porque incluyen el cuerpo construido en el conjunto de los discursos y prácticas intersubjetivas instituidas e instituyentes, epocalmente situadas. Los vertiginosos cambios suscitados en torno a los modos que se pauta las constelaciones identitarias y de género abren -en el marco de un contexto histórico-social en transición- un abanico de representación de la feminidad y masculinidad, de la homosexualidad y heterosexualidad, desvinculándolos de las presuntas dependencias biológicas.

S. Bleichmar (2006), retoma diversos estudios antropológicos para señalar que la virilidad –no reductible a la simple masculinidad anatómica- es una conquista que se adquiere, que no está dada naturalmente, y que una vez conseguida exige de un sostenimiento permanente, dado que el sujeto puede ser más o menos fácilmente destituido de la misma. En este sentido, la masculinidad atraviesa un umbral crítico que torna, en muchas culturas, la forma de pruebas de comprobación y adquisición de la virilidad. Dichos rituales de masculinización recomponen ciertas modalidades de las fantasmáticas masculinas que sostienen el ideal de desfeminización y despasivización con los que históricamente los enunciados identitarios fueron propuestos a los varones en la sociedad patriarcal y falocéntrica. La autora señala que en las capas profundas de la mente la identificación inicial es de carácter femenino, por lo que el varón se ve compelido a un arduo trabajo de distanciamiento de dicha "proto feminidad". Además, en un segundo tiempo de constitución subjetiva, se conjugan las identificaciones con otros hombres. Ambos procesos de identificación configuran la paradoja de ocupar un lugar pasivo-introyectivo que le permita apropiarse de los atributos que habiliten el acceso a una posición masculina. Probablemente esta sea una de las razones por las cuales en la niñez, según lo refieren los estudios estadísticos, el mayor número de consulta es realizado por varones (Janín, 2014; Samaniego, 2005; Taborda y Díaz, 2011; Wettengel, Untoiglich y Szyber, 2009)

Las pautaciones culturales occidentales actuales sobre el devenir niña también se encuentran en transición y en la búsqueda de consideraciones de igualdad de derechos, el paradigma de la castración de un modo u otro aún no termina de caer. Dio Bleichmar (2005), señala que el dilema en las niñas gira en torno a lo público y privado, mirar, ser mirada. Su cuerpo aún en la intimidad se halla habitado por la mirada, se trata de una mirada ajena, otros ojos la miran desde la mirada sexualizada de la niña.

En palabras de la autora:

(...) De ahí la necesidad no sólo de ocultar el cuerpo, vestirlo, tapanlo y no provocar, sino que al encontrar la mirada que mira, ésta se constituye en un `devolver la mirada`, y como tal un acto de provocación (...) Pero tampoco basta con no mirar porque `el objeto interno` se halla implantado en el formato de los ojos que la miran aún a solas, de modo que es necesario recurrir a mecanismos intrapsíquicos de tramitación del contenido excitante y persecutorio que evite que la propia mirada

se constituya en contraseña de complicidad sexual. Complicidad sexual que sexualiza su cuerpo, su ser, de forma intrusiva, seductora, pero de tal forma que la seducida se convierte automáticamente en seductora. (Dio Bleichmar, 2005 pp. 375-376).

Asimismo, la lucha intrasubjetiva e intersubjetiva entre géneros es otro elemento observable en los niños y niñas de estas edades, reconocer y tolerar las diferencias es una construcción que demanda reconstrucciones a lo largo de la vida, cuanto más incipiente es el trabajo psíquico mayores escisiones se requieren.

En el mejor de los casos los pares acompañan el imbricando trabajo psíquico en devenir. Las construcciones sobre qué tipo de niña/ niño quiero ser implica de manera ineludible la dimensión intersubjetiva. Recordemos las palabras de Coderch y Plaza Espinosa (2016) referidas al comienzo del escrito: no existe mente aislada. Luchas y acercamientos ahora entre pares ocupará el centro de la atención, en un amplio más allá de las relaciones de parentesco, se amplía el genuino interés por el otro y los entramados del jugar juntos se enriquecen. Luchas y acercamientos cooperativos, estarán a cargo de escenificar, tramitar y reconstruir los teatros de la mente. Escenarios en los que las configuraciones amorosas se diversifican y diferencian. En la dimensión especular confluyen rivalidades, conflictos, identificaciones, imitaciones, amores y desamores que promueven el sentimiento de pertenecer a un grupo en la saludable categoría del nosotros, insustituible y específico aporte del grupo de los pares. En otras palabras, los vaivenes de los movimientos progresivos y regresivos, de dependencia e independencia se sostiene el pasaje de la pertenencia familiar y la atención focalizada en la aprobación de los adultos, al interés de pertenecer al grupo de pares. A medida que transitan por este trayecto evolutivo, guiados por el lema de la lealtad, fidelidad, honestidad, camaradería, justicia elaboran un conjunto formas de comportamiento, vocabulario especial, códigos en el vestir, normas y costumbres propias del y para el grupo que, en ocasiones, se desarrollan sin la aprobación y/o el conocimiento de los adultos. De este modo los niños paulatinamente ponen en juego los pasajes no-lineales de la heteronomía a la autonomía moral.

En este marco, advienen los tiempos del primer amor, de los acercamientos solidarios, búsqueda de encuentros tranquilos y la ternura surge como sentimiento diferenciado en expansión. Se hace presente la pareja que se arma con el amigo/a íntimo/a, que en el contexto de los espacios transicionales, condensa y simultáneamente

media entre lo extraño y lo familiar; en el ámbito de lo no familiar funciona familiarmente con la intimidad necesaria y al mismo tiempo en el seno de lo familiar su virtud principal es no serlo. El amigo es un extranjero (no-familiar) capaz de crear una nuevos modos elegidos de intimidad.

Rodulfo (2013), remite a los conceptos de pareja par y doble para dar cuenta de la complejidad imbuída en la creación de los espacios de amistad. El autor señala que el par se constituye en pareja-complemento en tanto se entrecruzan rasgos y modalidades, como cuando la compañía de un niño/a tiende a regular a otro/a, que en su ausencia rápidamente acelera su excitación estorbando la capacidad de juego, a la vez que el regulador se beneficia de ciertas disposiciones traviesas del regulado. Del mismo modo hay complementaciones negativas. La pareja en la amistad no es el doble. La doblación implica clonación, duplicación, reduplicación, proceso que emerge en lo más temprano de la existencia post-natal, en el seno de la multitud de identificaciones y desdoblamientos del self para muy paulatinamente armar la conciencia reflexiva del “mi”. Pliegues o inflexiones que paradójicamente se traducen en la vivencia unitaria de “uno mismo” y hacen posible el reconocerse e imaginarse como tal. En la dimensión intersubjetiva coexisten relaciones de pareja y de doble que bajo ciertas condiciones se conjugan en un estado de no integración sumamente ricas, como se lo puede constatar en la pareja de amigos íntimos. Asimismo, el autor señala que tanto la primacía y/o compulsión en los procesos de doblación como sus déficits, desembocan en dificultades relacionales. El primero porque malogra o torna altamente inestable un vínculo de pareja y el segundo porque dificulta la capacidad de estar a solas, pensar-pensarse, acompañado por uno “mismo”. Estar solo, estar con otros, toda una construcción y reconstrucción que se extiende a lo largo de la vida.

En este proceso de diferenciación intra e intersubjetiva sobreviene además lo que Winnicott (1998) designó como “capacidad para las relaciones impersonales”, una capacidad que según Rodulfo (2013) se constituye durante la escuela primaria, ajena al bebé, al deambulador y al niño del juego narrativo. Articulada con la introyección y comprensión de las normas supuestamente iguales para todos, con los consecuentes reclamos de justicia frente a las desigualdades. Como tales, van más allá de lo personal y configuran los espacios de regulación institucionales-impersonales. Capacidad que le permite diferenciar con quienes puede entregarse y buscar vínculos íntimos

personalizados y con quienes se requiere cierta cordial distancia. Todo esto al compás de las configuraciones del mundo íntimo y privado; el compartido con unos pocos y el público. En síntesis las relaciones simétricas y asimétricas adquieren un abanico de diversos matices, se articula la propia imagen conformada “en casa” con la que le devuelven sus maestros y compañeros; amplía las posibilidades sustitutivas; designa espacios de inclusión/exclusión; demanda de posicionamientos en torno a la autoridad familiar y extrafamiliar, que ofrecen nuevas posibilidades de identificación. En otras palabras, la apertura al mundo provee nuevas inscripción en el espacio entre repeticiones de modelos familiares y nuevas creaciones relacionales que tienen el potencial de generar deconstrucciones y reconstrucciones subjetivas.

La combinación de la evolución de los procesos cognitivos los avances psicomotrices, la diversificación de intereses, las propuestas lúdicas y escolares paulatinamente permiten una evaluación más ajustada de la realidad y propulsan innumerables descubrimientos, entre ellos: la finitud de la vida. Descubrimiento que requiere ser tramitado e imprime un cariz particular a sus deseos de independencia, ubicación intergeneracional, emplazamientos temporales y reconocimiento del ser como sujeto biográfico con un presente, pasado y futuro que ponen en juego el desarrollo lingüístico y los procesos mnémicos.

Paso a paso el lenguaje va transformándose en el principal medio de expresión, comunicación y en una herramienta para pensar que abre las puertas a nuevas posibilidades de regulación intra e intersubjetiva. Ahora cada vez más a medida que se recorren los trayectos evolutivos, se puede recurrir al lenguaje para pensar antes de actuar, recordar, relatar, relatarse. En su interior la mente entra en dialogo.

A su vez la evolución neurocognitiva permite que los primeros recuerdos posibles de narrar surjan después de los tres años, con lo cual los emplazamientos temporales se ven signados por la combinación de los múltiples procesos mnémicos y en especial de la memoria no-declarativa o implícita y la declarativa. La primera -memoria implícita- guarda los recuerdos en el cuerpo a modo de experiencias corporales, sin correlato semántico, reúne las inscripciones vinculares -la operatoria en sí, no los contenidos sobre los que operan, o sea las reacciones afectivas que se desencadenan ante ciertos estímulos-. Por ejemplo, miedo ante el ceño fruncido del otro, pérdida de vitalidad ante la separación; formas automatizadas de estar con los demás a las que Stern

(1998) denomina "conocimiento implícito relacional". Dada la inmadurez neurofisiológica de los primeros tiempos, estas inscripciones son inconscientes, aunque no reprimidas dado que no pudieron ser consolidados en el hipocampo. De este modo, la operatoria afectiva, no está representada, el sujeto sólo podrá metaforizarla a partir de representaciones imaginarias, nunca podrá describirla verbalmente y sin embargo, habitará las capas profunda de la mente. La memoria implícita, además reúne esquemas afectivos-motrices y habilidades para realizar procedimientos tales como andar en bicicleta, dibujar, jugar al tenis, etc. La segunda -memoria declarativa- posibilita que un sujeto pueda tener en su conciencia recuerdos y ponerlos en palabras, es decir narrarlos, armar secuencias e historias. El paulatino reconocimiento de las capas mnémicas y de la privacidad de la mente, conlleva complejas diferenciaciones de sí y de los otros en términos de motivaciones conscientes e inconscientes, con el desconcierto implicado en el darse cuenta que partes de él son desconocidas para él mismo.

Los progresos no lineales en el reconocimiento del ser como sujeto biográfico, emplazado temporal e intersubjetivamente, en tiempo extensos signados por los deseos de ser grande y sueños futuros, amplía las posibilidades de significar la propia experiencia y la de los otros como estados subjetivos y procesos mentales. La capacidad de reconocer los deseos, creencias, sentimientos y pensamientos guarda estrecha relación con los modelos operativos de apego construidos. Los contextos intersubjetivos de apego seguro son por excelencia los agentes propiciadores del desarrollo de dicha capacidad denominada mentalización que permite las representaciones mentales. En este trayecto evolutivo se consolidan importantes progresos en los procesos de mentalización implícita y explícita.

La primera -mentalización implícita- condesa diversos procesos que transcurren en el seno de los múltiples intercambios interpersonales de forma automática, basados en intuiciones, sentimientos, juicios que se experimentan sin que medie el razonamiento ni la conciencia explícita. Combina intuitivamente procedimientos tales como: (a) empatizar espontáneamente, que implica cierto grado de reflejo de las expresiones faciales y posturas del otro; (b) tomar y ceder el turno en una conversación rápida y el tener en cuenta la perspectiva del otro, procesos que van de la mano de la regulación psicomotriz que se va logrando, con características disímiles en niñas y niños, a medida que se avanza en este trayecto evolutivo; (c) monitorear el estado mental del interlocutor y del

contexto en que se desarrolla el intercambio. Por lo tanto, la mentalización implícita incluye el sentimiento prerreflexivo del self, unido al sentimiento del self como agente e iniciador de las acciones (internas y externas) que sostienen la comunicación emocional no-verbal.

Por su parte, la segunda -mentalización explícita- incluye procesos simbólicos, deliberados y reflexivos; el lenguaje es el medio privilegiado para su despliegue. Suele tomar la forma de narraciones, poner los sentimientos en palabras, tomar conciencia del modo en que funciona la propia mente, identificar una secuencia de pensamientos y reflexionar sobre ellos. Implica un mayor nivel de conciencia que la mentalización implícita y una focalización deliberada de la atención. La diferencia entre ambas formas (implícita y explícita) corresponde a una diferenciación paralela en el reino de la memoria declarativa (explícita) y procedural (implícita), o la diferencia entre saber qué y saber cómo (Lanza Castelli, 2011).

La complejización signada de necesarios movimientos progresivos y regresivos se va armando sobre la percepción del propio funcionamiento mental. Lo que promueve ampliaciones en la comprensión de que los sentimientos que surgen en cada situación pueden guardar o no guardar relación con los aspectos observables de la misma, porque pueden provenir de otras fuentes. Asimismo, implica la detección de la presencia de conflictos entre ideas y sentimientos incompatibles, con los consecuentes registros del accionar de defensas en el interior de sí mismo y los otros. El grupo de pares acompañan también los procesos de diferenciación entre fantasía y realidad. Ya no son los padres quienes junto al lecho cuentan cuentos para ayudar a dejarse caer para conciliar el sueño o espantar fantasmas. Las largas reuniones nocturnas para ver una tras otra película de terror con sus compañeros preferidos es una de las formas de practicar poner nombre y tornar abarcable los diversos temores que se despiertan en estos momentos vitales.

Lo histórico-epocal imprime su propio sello. La niñez se ve transversalizada por múltiples discursos coherentes y contradictorios que pautan como un sujeto debe constituirse para poder integrarse socio-culturalmente. El lugar de consumidor; los vertiginosos cambios en cada rincón de la vida dan un cariz especial al azar, la instantaneidad y lo imprevisible. Las múltiples pantallas que pueblan el cotidiano vivir inaugura nuevas modalidades de relación.

En la era de lo virtual-digital las distancias se

neutralizan y convocan necesarias reconfiguraciones: una primordial concierne al cuerpo, sus límites dejan de acotarse a lo anatómico porque los espacios virtuales son habitables sin la presencia corpórea; escrituras que rediseñan la dimensión grupal en más allá de lo familiar, del barrio, clase social, el grupo étnico. Espacios que imponen retrabajar tanto el lugar del amigo, del amigo virtual, como del perseguidor presencial y virtual. Los sitios en línea ofrecen nuevos modos de expresiones saludables o patológicas, según la singularidad relacional que cada niño/a puede establecer con los objetos que están a su alcance. Lo virtual es uno de los fragmentos de la realidad, por lo tanto está atravesada por el deseo de unirse con el objeto sin perderse y a la vez el deseo de separarse sin perderlo. La dinámica fusión-separación es un eje constitutivo de la dinámica relacional y de los diversos espejos que operan en la instrumentación de las múltiples pantallas. Tal como señalan Alvaréz y Cantú (2012) se requiere un funcionamiento sustentado en procesos de diferenciación entre lo interno y externo que permita tanto la inmersión en la escena virtual a salvo de la amenaza de no poder salir de ella, como al mismo tiempo la toma de distancia y la ausencia, sin amenaza de pérdida. Cuando esta dinámica está obstaculizada, el deseo de fusión lleva al sujeto a indiscriminarse del objeto con pérdida de la distancia. Una suerte de dependencia del objeto con incapacidad de dejar la actividad y con debilitamiento o ruptura de los lazos significativos. Es decir el uso lejos de estar determinado por las características del dispositivo, concierne a la posibilidad de cada sujeto singular de producir simbólicamente mediaciones e intercambios lucidos entre los espacios psíquicos y los objetos que demanda posicionamientos subjetivos e intersubjetivos específicos.

Los recursos virtuales además, demandan articular el desarrollo de los procesos lógicos asociativos (establecer sentidos, representaciones, causaciones) que hasta la aparición de las dimensiones digitales reinaba con su primacía, con los procesos lógicos conectivo (desplazamientos a través de automatismos que transitan por una red externa al sujeto. Los senderos de la conexión –como los invariables pasos de los videojuegos– existen por fuera de quien los conecte). El mundo de la robótica, el manejo de programas de computación y de maquinarias requieren cada vez más de esta lógica por conexión. Según Balaguer Prestes (2015) las tecnologías de un modo u otro operan como un cerebro externo, ese tercer hemisferio, que es usado desde los dos bloques cerebrales internos. Los archivos se guardan en la “nube computacional”, los números de teléfono en el celular.

Retomando lo referido previamente sobre los múltiples discursos epocales acerca de la niñez, podemos señalar que los aportes teóricos de nuestra disciplina referidos a este trayecto evolutivo han quedado relegados, si los comparamos con la abundante producción bibliográfica sobre otros períodos del desarrollo. Es toda una paradoja que el mayor número de consultas psicológicas por niños, especialmente varones, se ocasionan en estas edades y que aún se los continúe caracterizando como los describieron en la modernidad “latentes o pasajeros en tránsito entre la infancia y la pubertad”. Paradoja que se traduce en la necesidad de repensar las transformaciones subjetivas, intersubjetivas y transubjetivas propias de los niños/as. Trayecto vital que además, corre el riesgo de desdibujarse tras el término infancias o adolescencias. La necesaria pluralización de estas dos últimas nominaciones para señalar que desde un enfoque relacional-contextual resulta imposible unificar las infancias y adolescencias con postulados universales, tropieza con la limitación lingüística que niñez no tiene plural. Motivo por el cual algunos autores engloban la niñez dentro de las infancias o rápidamente los posiciona como adolescentes tempranos, pasando por alto que hay insoslayables diferencias entre los/as niños/as que aún no adquirió el lenguaje verbal (infantes), los que pueden recurrir a él para comunicarse, los que el lenguaje les alcanza para pensarse intra e intersubjetivamente y los que enfrentan las nuevas reconstrucciones identitarias que promueven las adolescencias. Sólo si nos detenemos a pensar la complejidad y peculiaridad del ser infantes, niños/as, adolescentes o adultos hoy, podremos deconstruir y reconstruir paradigmas que permitan captar los interjuegos entre sufrimiento psíquico, los recursos internos con los que se cuenta para elaborarlo, los que proporcionan los otros en ese espacio del nos-otros y aquellos que provee la cultura, todos ellos activos a lo largo de la vida promoviendo nuevas inscripciones psíquicas.

COMPLEJIDAD DEL DIAGNÓSTICO Y SUSENLACES CON LAS VICISITUDES DE LA RECOMENDACIÓN TERAPÉUTICA

Desarrollar procesos diagnósticos diferenciales, que permitan un corrimiento de la patologización de la vida cotidiana, implica diferenciar entre dificultades que acaecen por déficits, conflictos o simplemente por reconstrucciones subjetivas en curso. Poner nuestra mirada en la historia vital es uno de los recursos que permite co-pensar con los padres, cuidadores y el niño las complejas tramas en la que se asientan tanto dificultades

como sus potencialidades. Tramas que se emplazan en caminos no lineales de construcciones, deconstrucciones y reconstrucciones con sus posibilidades y resistencias de cambio en los trayectos que se extienden entre; intersubjetividad primaria con sus motivaciones intrínsecas para comunicar y compartir significados con otros desde el nacimiento (relación persona-persona); intersubjetividad secundaria, donde surge la relación persona-persona-objeto con los primeros vestigios de terceridad, que habilita compartir experiencias mentales y emocionales que conlleva a sentirse sentido por otro, conocerse a través de ser conocido por otro que va construyen el inconsciente bipersonal y proceso intersubjetivo terciario donde florece la comprensión mental de pensamientos y emociones tanto de sí mismo como de los otros para reconocerse como sujeto, capaz de conocer, pensar, pensarse y saber que está pensando, en otras palabras la subjetividad propiamente dicha. Proponemos acompañar la reconstrucción de los trayectos vitales con la instrumentación de la técnica auxiliar “Historia Fotográficas” (Taborda, 2010; Taborda y Toranzo, 2017). Las imágenes fotográficas, de un modo u otro, retratan/ inmortalizan momentos, relaciones, historias de encuentro que se temen olvidar: las primeras horas de vida, la primera sonrisa, laleas, caminata, etc. Seleccionarlas convoca a recordar, elegir cuales pueden resultar más elocuentes, cuales se quieren compartir y luego, al volver a mirarlas en compañía del psicodiagnosticador, originan nuevas asociaciones, narrativas, ligaduras y recuerdos relacionales que estimula una lectura de las dificultades como un mensaje dirigido a otro que alude/elude a una conflictiva inter, intra y transubjetiva. H. Bleichmar (2001) refiere que en el momento del recordar, en ese momento, hay una reinscripción de la antigua memoria, se reestructura, entrando en un estado lábil. Reestructuración que implica la posibilidad de agregado de elementos que no estuvieron en la situación original. El estímulo contemporáneo activa una red mnésica que organiza y provee significado a la actual experiencia perceptual. Por lo tanto no hay una clara demarcación entre recuperar y consolidación, cada operación de recuperación disparará un proceso de reconsolidación que permite la integración de la nueva información sobre la base del pasado.

Metafóricamente, podemos equiparar el diagnóstico con un esqueleto, una estructura que irá tomando cuerpo en la mente del psicodiagnosticador a partir del efecto de las repeticiones recurrentes observadas en las expresiones gráficas, verbales y transferenciales-contratransferenciales múltiples.

El material recogido es analizado como una investigación en curso, en la que se busca develar o, al menos, iniciar la comprensión de los por qué de la conducta manifiesta. Así como también, las vías de compensaciones implementadas y los aspectos saludables puestos en juego en el transcurso del proceso. Como en toda indagación en la que se procura comprender la multicausalidad del sufrimiento psíquico, quedarán interrogantes sin responder. El reconocimiento del interjuego de lo que se conoce con lo que no se llega a comprender plenamente, puede inaugurar movimientos que conduzcan a trabajar los aspectos disociados, los aún no pensados de la problemática.

Paulatinamente, se va perfilando en cada uno de los actores de la situación clínica -padres, niños, institución- el abordaje terapéutico adecuado y posible. Nuestro equipo de trabajo ha modelizado diversas alternativas que contemplan la interdependencia de los fenómenos clínicos observados con la adecuación de la intervención psicológica.

El enfoque que desarrollamos considera que padres y niños con estructuras psicológicas y psicopatológicas muy diversas pueden beneficiarse de una modalidad terapéutica de grupos paralelos de padres e hijos. Aunque, tal como lo señala Torrás de Beà (1996), este abordaje como primera y/o única intervención psicológica, está contraindicado en pacientes borderline, psicóticos, con tendencias suicidas o duelos no elaborados. Por tal motivo, cuando se observa en los adultos duelos recientes o no elaborados, se indica tratamiento individual. Asimismo, los estados altamente angustiosos que obstaculizan el trabajo centralizado en el rol parental y las dificultades con el manejo de la impulsividad, con cierta capacidad para parar y escuchar, requieren combinar psicoterapia de grupo con tratamiento individual, a cargo de otro terapeuta. Sin dejar de lado la posibilidad de otras derivaciones necesarias, por ejemplo frente a la presencia de maltrato infantil, se trabaja conjuntamente con los programas de asistencia específicas con los que cuenta la institución universitaria pública donde prestamos servicios.

En la población asistida, una contraindicación específica y frecuente para iniciar el tratamiento psicoterapéutico del niño, es la presencia de secretos familiares sobre su origen e identidad. En estos casos, se cuida que sean los padres los encargados de informarle al hijo sobre esta situación. Destacamos la importancia de que el profesional se sustraiga de establecer alianzas con aspectos inmaduros o patológicos de los padres que lleven al acting contratransferencial y se convierta en

un informante que pone en jaque el indeclinable lugar parental. En consecuencia, se propone en una primera instancia, incorporar a los padres al grupo terapéutico, para trabajar específicamente sobre las causas y consecuencias consciente e inconsciente de dicho secreto. Luego de que el mismo es revelado, consideramos que se reúnen las condiciones para iniciar un primer tramo de psicoterapia individual para su elaboración.

Por otra parte, cuando las dificultades del niño se centran en carencias tempranas, que requieren ser especialmente atendidas, porque expresan déficits en la constitución psíquica generados por depresión primaria, se indica tratamiento psicoterapéutico individual para el niño. En estos casos, en los primeros momentos nuestra labor terapéutica procura establecer enlaces entre la descarga motora o la inhibición y/o las alternancias entre una y otra. Así como también, los afectos, los estados de tensión, sus necesidades de fusión y las percepciones. Estos enlaces se promueven a través de verbalizaciones descriptivas de diversas acciones y secuencias lúdicas. Estamos especialmente atentos a la comunicación, generalmente no verbal, de las necesidades de narcisización y de cuidar la norma básica: no dañarse a sí mismo, ni al terapeuta, ni romper las pertenencias de este último, ayudando a transformar la agresión o la inhibición, en intercambios verbales y lúdicos. Sólo cuando el niño paulatinamente comienza a establecer estos enlaces y los circuitos compulsivos comienzan a ceder, inaugurando nuevas posibilidades de discriminación y de pensar, instrumentamos la interpretación de las representaciones inconscientes, para luego arribar a la propuesta del tratamiento grupal.

En lo habitual, las sesiones individuales con el niño tienen una frecuencia semanal de cuarenta y cinco minutos. Para los padres se dispone del tratamiento grupal combinado con entrevistas individuales periódicas. Con frecuencia, hemos tenido que focalizar el trabajo en temáticas tales como la introducción de pautas constitutivas del proceso de separación, en pos de establecer las discriminaciones necesarias y promover la renuncia al autoerotismo, entre ellas por ejemplo: el uso de la mamadera y chupete, que suele extenderse más allá de los 6 años; el colecho; la privacidad en la higiene y desnudez personal de los adultos y el niño. Centralmente, diferenciar ternura de sobreexcitación; entre límites que introducen la prohibición de aspectos sadomasoquista expresados en conductas violentas, entre otros y de este modo procurar construir la necesaria relación asimétrica filial.

En síntesis, el eje de las diferentes modalidades

psicoterapéuticas propuestas, remite a una concepción de la constitución psíquica y subjetiva, que guía las intervenciones del equipo de terapeutas. En la mente del analista están siempre presente los sinuosos y complejos procesos que giran en torno a las necesidades de fusión/separación, discriminación yo/no yo, interno/ externo, conocido/ desconocido, privado/ público que habitan la vida íntima de la identificaciones proyectivas, de padres e hijos. Lo hasta aquí señalado, tiene la intención de cómo ampliar nuestra mirada, para pensar los niños/as con sus historias particulares, que discurren en contextos familiares, sociales, epocales que los constituyen en únicos.

Marrone (2001) refiere que ya Bowlby aportó un modelo evolutivo interactivo, alternativo al freudiano basado en las fases de la libido y al kleiniano que gira en torno a las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, posible ser aplicado para sustentar abordajes terapéuticos. Acuñó el término vías evolutivas y señaló que la personalidad humana es una estructura que se desarrolla incesantemente a lo largo de una u otra vía, entre una serie de distintas vías posibles. Las diversas vías comienzan conjuntamente, desde la concepción se tiene acceso a un amplio abanico de vías potenciales y puede transitar a lo largo de cualquiera de ellas. A partir de ahí, la elección del camino estará determinada por la interacción entre el individuo y el ambiente. La psicopatología se ve, no como el resultado de fijaciones o regresiones, sino como resultado de que el individuo haya tomado una vía por debajo del desarrollo óptimo, justo al comienzo o en algún punto durante el transcurso de la niñez o la adolescencia como consecuencia de privación, maltrato, trauma o de pérdida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvaréz, P. y Cantú, G. (2012). Nuevas tecnologías: compromiso psíquico y producción simbólica. *Anuario de Investigaciones*. Vol XVIII, 153-160
- Ammaniti, M. y Trentini, C. (2011). Cómo el Nuevo Conocimiento sobre Ser Padres Revela las Implicaciones Neurobiológicas de la Intersubjetividad: Síntesis Conceptual de Investigaciones Recientes. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), 60-84
- Avila Espada, A. (2014). The intersubjective: A core concept for psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(3), 186-190. doi:10.1080/0803706X.2014.967813.
- Balaguer Prestes, R. (2015) La práctica psicoanalítica en el universo digital. *Psicoanálisis para un mundo líquido*. Buenos Aires: Noveduc

- Benjamin, J. (1996). *Los lazos de amor: psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Madrid, España: Paidós Ibérica
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Madrid, España: Paidós Ibérica.
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de Psicoanálisis*, 009. Recuperado <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=178&a>
- Bleichmar, H. (2015). Vivir en la interfase para no quedar atrapado en mundos fragmentarios. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de Psicoanálisis*, 50. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=905&a=Vivir-en-la-interfase-para-no-quedar-atrapado-en-mundos-fragmentarios>
- Bleichmar, S. (2016). *Vergüenza, culpa, pudor. Relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Madrid, España: Paidós
- Brauer, J., Xiao, Y., Poulain, T., Friederici, A., y Schirmer, A. (2016). Frecuencia de tacto materna predice Descansando actividad y conectividad del cerebro en desarrollo social. *Corteza Cerebral*, 26 (8), 3544-3552. doi: 10.1093 / cercor / bhw137
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona, España: Paidós Ibérica
- Coderch, J. (2012). *Realidad, interacción y cambio psíquico: la práctica de la psicoterapia relacional II*. Madrid, España: Ágora Relacional
- Coderch, J. y Plaza Espinosa, A. (2016). *Emoción y Relaciones Humanas: El Psicoanálisis Relacional como Terapéutica Social*. México: Ágora Relacional.
- Daher, C. y Taborda, A. (2013). Jardines Maternales: Los primeros pasos en el proceso de separación. SEPYPNA. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente: Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 55.
- De Aguiar, S.; Santelices, M. y Pérez, J. (2009). Apego, Sensibilidad Paterna y Patrón de Interacción del Padre con su Primer Bebé. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1 (18), 51-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921800005>
- Del Valle Echegaray, E. (1990). M. Klein: la teoría instintiva y la fantasía inconsciente. *Actualidad Psicológica*, (169)XV.
- Dio Bleichmar, E. (2015). El analista en la exploración de los múltiples mundos intersubjetivos del niño. En E. Rotenberg (Comp.), *Parentalidades Interdependencias transformadoras entre padres e hijos* (151-170). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A
- Doltó, F. (2000). *Las etapas de la infancia. Nacimiento, alimentación, juego, escuela*. Barcelona, España: Paidós
- Freidin, F. y Calzetta, J. (2016). Niños insuficientemente sostenidos: consideraciones sobre accidentes en la niñez. *Trabajo presentado en el VIII Congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología, XXIII Jornada de Investigación y XII encuentro de investigadores en psicología*, Buenos Aires, Argentina.
- Fonagy, P (2006). *The mentalization-focused approach to social development*, en Allen, JG, Fonagy, P (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons Ltd.
- Grimalt, L. y Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246. doi: [org/10.4067/S0370-41062012000300005](http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000300005)
- Johnston, A.N.B. y Rogers, L.J. (1998). Right hemisphere involvement in imprinting memory as revealed by glutamate treatment. *Pharmacology, Biochemist & Behavior*, 60, 863-871.
- Janin, B. (2015). El sufrimiento Psíquico en niños. *Psicopatología Infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Lanza Castelli, G. (2011) Mentalización: aspectos teóricos y clínicos. *Psicología.com*. 2011; 15:76. <http://hdl.handle.net/10401/4934>
- Ley N° 27.045. *Ministerio de Educación*, República Argentina, 2014.
- Moreno, J. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México, México: Fondo de la cultura económica.
- Muller, F. (2009). El concepto de intersubjetividad en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, 66(2). Recuperado <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/20096602p0329.dir/REVAPA20096602p0329Muller.pdf>
- Nieri, L. (2012). Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 999-1022. Recuperado de <http://>

- www.medigraphic.com/pdfs/epscologia/epi-2012/epi1231.pdf
- Obaid, F. P. (2012). Otto Rank y la controversia sobre el trauma del nacimiento. *Tempo psicoanalítico*, 44(2), 423-443. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200011&lng=pt&tlng=es
- Odent, M. (2002). El nacimiento y los orígenes de la violencia. *Revista Obstare*, 7, 46-50.
- Perner, J. (1991). *Understanding the Representational Mind*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Raga Rosaleny, P. (2007). Historia e historia. *Revista de Historia*, ISSN 0213-375X, Vol. 20, 2007, 209-224
- Rank, O. (1924/1991). *El trauma del nacimiento*. Barcelona, España: Paidós.
- Rodolfo, R. (2012). Cinco instancias de Subjetivación en la infancia y niñez contemporáneas. Cap. 5 Vol I. En *la Psicología Educativa en el contexto de la clínica socioeducativa*. Compilado por Taborda y Leoz. Argentina. Nueva: Editorial Universitaria.
- Rolla, E. (1971). *Elementos de Psicología y Psicopatología Psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Galerna.
- Samaniego, V.C. (2005). Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad. *Revista Psykhe*, Vol 14, N°2, 97-108.
- Sadurní Brugue, M. (2008). *El desarrollo de los niños paso a paso*. Cataluña, España: UOC
- Sadurní Brugue, M. (2016). Outlining the windows of achievement of intersubjective milestones in typically developing toddlers. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 37(4), 356-371 (2016) C 2016 Michigan Association for Infant Mental Health View this article online at wileyonlinelibrary.com. DOI: 10.1002/imhj.21576
- Schore, A.N. (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics In Review*, 26, 204-211.
- Schore, A.N. (2008). Una perspectiva neuropsicoanalítica del cerebro /mente/ cuerpo en psicoterapia. perspectiva neuropsicoanalítica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 144-168. Recuperado de http://dSPACE.UCES.EDU.AR:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/126/Una_perspectiva_neuropsicoanalitica.pdf?sequence=1
- Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 75-100. doi:10.1080/10481885.2011.545329
- Spitz, R. A. (1965). *El Primer Año de Vida. Un Estudio Psicoanalítico de Desarrollo Normal y Anormal de Relaciones de Objeto*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional, Inc.
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. México - Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D.N; Bruschiweiler-Stern, N. y Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad te cambia la vida para siempre*. Buenos Aires – Madrid: Paidós Ibérica.
- Taborda, A. (2010). Trabajo con imágenes en proceso diagnóstico de niños. SEPYPNA. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente: Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 173-185
- Taborda, A. y Díaz, D. (2011). ¿Estamos frente a un incremento del trastorno de Deficit Atencional o a criterios de sobrepatologización de la infancia? Capítulo 17. En *Extensiones Clínicas en Psicología Educativa*. Compilado por Taborda y Leoz. San Luis Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Taborda, A. y Toranzo, E. (2017). *Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales. Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres*. San Luis. Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Trevarthen, C. (1990). Growth and education of the hemispheres. En C. Trevarthen (Ed.), *Brain Circuits and Functions of the Mind*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tronick, E.Z. y Gianino, A. (1986) *Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. Zero to three. Bull Natural Center Clinical Infant Programs*, 5, 1-6.
- Wettengel, L.; Untoiglich, G. y Szyber, G. (2009). *Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires. Argentina: Noveduc.
- Winnicott, D. (1954). *Nuevas reflexiones sobre los bebés como personas*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Winnicott, D. (1971). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1992). *El hogar nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1998). *Acerca de los niños*. Buenos Aires: Paidós.

INTIMIDAD Y TOLERANCIA A LA SOLEDAD EN LA ADOLESCENCIA*

INTIMACY AND TOLERANCE FOR LONELINESS IN ADOLESCENCE

Fernando González-Serrano**

RESUMEN

Se plantean reflexiones acerca del sentimiento de intimidad y su correlato, la tolerancia a la experiencia de soledad, en los y las adolescentes de hoy, que viven bajo uno de los ideales centrales de las sociedades contemporáneas, al menos en el mundo desarrollado, que es el de la exteriorización, tanto de aspectos corporales como del mundo psíquico interno. Desde el nacimiento, apoyándose en lo biológico, en las necesidades y la experiencia de dependencia, el ser humano organiza su psiquismo estableciendo límites entre su mundo interno y la realidad externa. Entre las primeras adquisiciones del bebé, la capacidad de estar solo, será precursora del espacio de intimidad que le acompañara a lo largo de la vida, y será un elemento inevitable y necesario para apoyar las transformaciones identitarias, tanto corporales como psíquicas, del proceso adolescente. Se abordan, asimismo, aspectos relativos a la experimentación de la intimidad en situaciones de soledad y al pasar a ser compartida, incluyéndose las relaciones terapéuticas con su especificidad durante el periodo de la adolescencia.

Palabras clave: intimidad; adolescencia; capacidad de estar solo; relación terapéutica.

ABSTRACT

Reflections are made about the feeling of intimacy and its correlate, the tolerance to the experience of loneliness, in the adolescents of today, who live under one of the central ideals of contemporary societies, at least in the developed world, which is the one of the exteriorization, as much of corporal aspects as of the internal psychic countries. From birth, relying on the biological, in the needs and experience of dependence, the human being organizes his psyche establishing limits between his inner world and external reality. Among the baby's first acquisitions, the ability to be alone will be the precursor of the space of intimacy that will accompany him throughout his life, and will be an inevitable and necessary element to support the identity transformations, both corporal and psychic, of the adolescent process. Aspects related to the experience of intimacy in situations of loneliness and the experience of sharing it are also addressed, including the therapeutic relationships with their specificity during adolescence.

Key words: privacy; adolescence; ability to be alone; therapeutic relationship

* Ponencia presentada en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título "Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social" fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Psiquiatra. Jefe del Servicio de Niños y Adolescentes de la Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. E-mail: FERNANDO.GONZALEZSERRANO@osakidetza.eus

Tras una breve introducción seguiré con un primer apartado sobre los hitos del desarrollo que son la base que va a propiciar una experiencia de intimidad, y me centraré -evidentemente dejando otras visiones a un lado-, en el logro por el bebé de la capacidad de estar solo en presencia del cuidador.

Un segundo apartado está relacionado con la experiencia y las dificultades en torno a la intimidad (muy evidentes en muchos adolescentes que atendemos), incluidos aspectos identitarios, la tolerancia a la soledad y la intimidad compartida.

El último apartado se centra en la influencia de los elementos anteriores en la relación terapéutica, o más bien las diversas modalidades terapéuticas que según el adolescente se ponen en marcha en la clínica y asistencia en salud mental (relaciones duales, grupales, institucionales).

Hablar sobre la adolescencia, hoy más que nunca, está expuesto a una enorme incertidumbre. Es cierto que esto mismo se podría decir en otras áreas de interés en nuestra disciplina. Nos preguntamos hasta donde sirve la comprensión del desarrollo psíquico que hemos compartido estos últimos decenios. Como podemos integrar la aceleración cambiante de nuestros modelos sociales y la multiplicidad de comportamientos y modos de relación de los individuos. Todo ello asumido, cada vez más, desde la tolerancia como una riqueza, y el derecho a la individualidad como valor central. Pero sabemos que, al mismo tiempo, pueden convertirse en un obstáculo en la adquisición de esta individualidad. Esto es especialmente pertinente para los y las adolescentes inmersos en la aventura de construir su identidad, su individualidad, el papel que les gustaría y que van a poder tener en el mundo, y desde su singularidad (y originalidad decían algunos autores) ser sujetos activos y cambiarlo.

¿Por qué poner el punto de mira en la intimidad y la soledad en la adolescencia? ¿Qué sentido tiene hoy la intimidad: es realmente un valor o una limitación? ¿Sigue cumpliendo el mismo papel en la construcción de la identidad?

Parece que el tema suscita interés, no solo desde la clínica, la psicopatología y el psicoanálisis (Puertas, 2017), sino también para diversos creadores de disciplinas como la filosofía, la sociología, incluso de la literatura o el cine.

Alex de la Iglesia, director vasco de cine, a raíz de su película "Perfectos desconocidos" decía "...la intimidad es absolutamente necesaria y su pérdida supone la pérdida

de la identidad. Tu eres tus secretos, y en el momento que los pierdes eres un armario vacío" (Entrevista Diario El País, 2017).

Un poco a contracorriente en nuestros tiempos, Daniel Innerarity, filósofo muy reconocido en nuestro país, hace una reflexión sobre la vida en las sociedades de las nuevas tecnologías e internet y propone que "la espera, el aislamiento y el silencio que habían sido entendidos como una pobreza, pasan a ser opciones positivas que permiten construir la autonomía personal" (Innerarity, 2015).

Peter Handke, poeta, narrador y director de cine austriaco, escribe a modo de reivindicación ligada a su obra la siguiente cita: "Vivo de aquello que los otros no saben de mí" (Han, 2013).

Quizás el denominador común que subyace en este interés es la amenaza que sentimos de desaparición de nuestra privacidad y nuestro espacio íntimo.

Volviendo a nuestro campo, Luis Feduchi, psicoanalista y buen conocedor de la adolescencia a lo largo de muchos años y muchas aventuras con adolescentes, comentaba en una entrevista que uno de los rasgos que le parecía esencial para valorar el desarrollo de un adolescente era "si se inicia una intimidad. Es decir, si hay aspectos de su mundo interno y externo preservados del entorno del que ha estado dependiendo, y empieza a vivirlos como algo suyo". Los otros dos rasgos eran su experimentación de aspectos novedosos (corporales, intelectuales, afectivos) y la salida de los grupos de su infancia a otros nuevos (Tió et al, 2014).

Hace no tantos años, no hubiéramos entendido acercarnos a un adolescente sin explorar prioritariamente sus espacios de retirada, de soledad, acompañado de su música, sus libros, sus ensoñaciones y sus escritos. Era un área considerada constitutiva de un adolescente sano, y tan importante de explorar como sus amistades y sus primeros amores. Hoy, lo primero que parece ocupar la escena es la relación que tiene con su smartphone, y como se siente de popular en el mundo de las redes sociales. Asistimos a un imperativo especialmente dirigido a la adolescencia (aunque ninguna persona, de cualquier edad, estamos a salvo de su influencia): es el de la visibilidad, concretado en la máxima "si no estás en las redes, no eres nadie", "si no te muestras no existes". Mostrarse hacia afuera, experiencia esencial y con un gran poder de transformación identitaria en la adolescencia, en función de cómo sea de exitosa, va adquiriendo nuevas caras, formas y tiempos. Las nuevas tecnologías con sus modalidades (prioridad de lo visual) y temporalidad (lo

más inmediato posible, el ideal es compartir lo vivido al mismo tiempo) está, inevitablemente, afectando la organización de su vida y no sabemos con claridad aun en qué medida su narcisismo y su identidad.

Asistimos en la vertiente clínica a una notable oscilación entre dos polos del funcionamiento psíquico (relativamente similares a los que hemos entendido como específicos de la adolescencia: el actuar imparable o la inhibición), con su correlato psicopatológico y de riesgos en el caso de los adolescentes más vulnerables narcisísticamente.

El primero es el de la interacción constante con otros adolescentes (conocidos o no, incluidos sus nuevos objetos de amor) a través de nuevas tecnologías y redes sociales (con frecuencia solo con textos o imágenes sin lenguaje verbal y con escasa presencia física real), con la sensación siempre incompleta y agri dulce de una popularidad teñida de decepciones. Se completa con una huida de la experiencia de intimidad, que con frecuencia se vive en negativo, como una soledad insoportable o vergonzosa.

El segundo polo es el del aislamiento de adolescentes que viven un fracaso en su participación en ese mundo de continua exposición e interactividad. Suele transformarse en rechazo a participar en los grupos de conocidos o utilizar esos modos de comunicación (y otros). Encontramos adolescentes recluidos en el hogar, en su habitación, desescolarizados, a los cuales engancha fácilmente las actividades on-line con su poder adictivo y sus riesgos (juegos, apuestas, pornografía) y los intercambios virtuales con desconocidos. A menudo, la intimidad se torna en soledad angustiante con verdadero sufrimiento depresivo. No es raro que se incorpore en forma de característica egosintónica con cierta tonalidad masoquista (identidad de raro, freaky) y acabe en la renuncia a buscar una salida en la apertura a los otros y sin encontrar tampoco apoyo en sus objetos o ideales internos para crear una cierta esperanza en el futuro.

Capacidad del bebé de estar sólo en presencia del otro (cuidador/madre) como primera experiencia de intimidad

Todos aceptaríamos que las vivencias (percepciones) en torno a la intimidad tiene un correlato biológico, con el concepto de temperamento, que nos permite evidenciar en bebés, desde muy temprano, diversas competencias que le permiten ir creando una experiencia de la corporalidad con sus excitaciones, preludio de la ansiedad, y la calma. Pero sabemos que es el encuentro con el entorno de los cuidadores primarios lo que la va a convertir esa experiencia en una construcción individual,

social y cultural. Esta función organizadora del entorno está hoy en cuestión en la medida que las prácticas de cuidados (crianza es un término que sigue gustándonos) se han modificado enormemente en los últimos decenios. Aun no sabemos hasta donde van a seguir dichos cambios en aspectos de la vida humana que parecía que entendíamos como inmutables en su vertiente de necesidad para el “suficientemente” buen desarrollo del bebé humano. (Denis, 2010).

Simplemente recordaré unas referencias, actualizadas, al concepto de D. W. Winnicott desarrollado en 1958 acerca de la capacidad para estar solo (Winnicott, 2006), creo que suficientemente conocido pero, de nuevo en nuestros días, enriquecido por aportaciones de teóricos del psicoanálisis (Roussillon, 2008; Marcelli y Catheline, 2012). Parte de la constatación en el trabajo clínico (la sesión psicoanalítica) de momentos en que el paciente está en silencio, solo, entendiéndolo como un logro y no como una resistencia. Lo resalta como un aspecto positivo, una creación.

Este logro de disfrutar de la soledad, de “valorar la soledad como uno de sus bienes más preciosos”, aparece como fenómeno de la vida temprana y se puede constatar en las observaciones directas de las relaciones de bebés con sus madres (o cuidadores), y lo vincula al establecimiento previo y exitoso de relaciones bipersonales. “La base de la capacidad de estar solo es la experiencia de estar solo en presencia de alguien. De este modo, el infante con una organización débil del yo puede estar solo gracias al yo auxiliar confiable”. Con el transcurso del tiempo se llegará a prescindir de la figura materna, “el ambiente auxiliar se introyecta e incorpora a la personalidad del individuo, generando la capacidad para estar realmente solo. De todos modos, desde el punto de vista teórico, siempre hay alguien presente,... inconscientemente equiparado a la madre...” (Winnicott, 2006).

Lo anterior implica una integración del individuo en una unidad, es decir, unos límites entre espacio psíquico interno y externo; la existencia de representaciones internas de sus relaciones estables (objetos internos predominantemente buenos en la terminología kleiniana, modelos internos operativos seguros desde la teoría del apego) que permitan una confianza básica en sí mismo, en el presente y el futuro.

Una de las aportaciones relevantes de Winnicott, en mi opinión, es que “el infante puede descubrir su propia vida personal exclusivamente cuando esta solo (en presencia de alguien). La alternativa patológica es una

vida falsa basada en reacciones (dependencia) de los estímulos externos”. “Está preparado el escenario para una experiencia del ello...que se experimentarán como reales, y serán verdaderamente una experiencia personal” (y se incorporarán al psiquismo, como elaboración o reconstrucción psíquica). En la adolescencia serán sensaciones, emergencias pulsionales y fantasmas, por definición imprevistos. Este autor otorga gran importancia a esta capacidad como materia prima de la amistad y, a otro nivel, también de la transferencia en la relación terapéutica.

Podemos resumirlo recogiendo palabras de A. Carel (2000) diciendo que “el placer y la tolerancia a la soledad se originan en esta experiencia temprana en la cual el niño, todavía bebé, vive los beneficios de una forma de soledad, de ausencia, de separación en presencia de la madre. En realidad cada uno está a la vez presente, afuera, pero representado en la psique, y a la vez con posibilidad de estar ausente”.

Estar solo en presencia del cuidador-madre, condensa muy bien el equilibrio entre apego y exploración del mundo, permite en el bebé la experiencia de (ser el creador de) una autonomía sin conflicto, apoyada por el objeto del cual aún es dependiente.

Como vemos esta concepción plantea finalmente el tema de la separación entre bebé y cuidador, entre realidad interna y externa, y la construcción de la individualidad (sí mismo) y la autonomía, objetivos centrales del desarrollo. Como la sucesión regular de la ausencia y de la presencia del cuidador (experiencia de ser cuidado, comenzando por las experiencias corporales sensorio-motrices, posturales) permite al bebé creer que lo que ha experimentado va a volver. Como la madre, además de seguir las iniciativas de su bebé, va introduciendo variaciones temporales y espaciales, pequeñas sorpresas (cosquillas, engaños) que rompen la regularidad, abriendo el camino a la creación. Establece un diálogo, en el que sobre todo pregunta a su bebé (más que estimular o seducir), deja también lugares de silencio, de vacío, de no saturación. Va considerándolo un ser diferente, lo cual es un regalo para ella y le permite recobrar su propia autonomía. Permite que el niño pueda así comenzar con el uso del espacio transicional, de ilusión, con objetos como el peluche o el juguete que puede manipular en lugar de la madre. Posteriormente será la palabra la que va a sustituir al objeto madre, comenzando los procesos simbólicos (Marcelli y Catheline, 2012; Chokler, 2010).

Como última reflexión relacionada con este punto se me plantean los interrogantes a nivel de nuestras concepciones

del desarrollo temprano y la organización del psiquismo en torno a la cuestión de las nuevas condiciones de vida en nuestra cultura, con las socializaciones tempranas y lo que afecta a las continuidades relacionales y las vivencias de soledad de los niños pequeños (Denis, 2010). Quiero recordar también algunas propuestas –aparentemente sencillas- que colegas del ámbito del desarrollo infantil han hecho. Una es de B. Golse, y es la importancia de que el bebé y el niño pequeño pierdan el tiempo, y yo lo entiendo en el sentido de estar solo con el mismo, para sorprenderse y descubrir-crear el mundo-su mundo. En la misma línea tanto en Bélgica como en España ha habido pequeñas campañas en forma de videos de difusión por las redes, para animar –desculpabilizando a los cuidadores- a que los niños puedan tener momentos de aburrimiento y exponerse al placer de la intimidad. Pero estos interesantes temas superarían el cometido de esta exposición.

La experiencia de intimidad en soledad y compartida

Comencemos por la definición de Intimidad según diversos diccionarios de lengua castellana: “Conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior”. “Cosas de esa intimidad que se cuentan a alguien” (Moliner, 2007). “Zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia” (Diccionario de la lengua española, 2014).

Hay otras definiciones que son complementarias y sugerentes. “Relación de Amistad muy estrecha y de gran confianza”. “Partes sexuales exteriores del cuerpo del hombre y de la mujer” (Moliner, 2007). Vemos como la intimidad está en contacto con lo interno, pero a la vez con el entorno cercano y con el cuerpo.

Desde el punto de vista fenomenológico la entenderíamos como la conciencia del propio funcionamiento psíquico, la experiencia de ser, y de lo que somos, con sus variantes (aquí se incluye el abanico entre la normalidad y la psicopatología). Podemos concluir de ello que hay una confluencia estrecha entre intimidad e identidad.

La intimidad se va construyendo como elemento entre el interior y el exterior a lo largo de la infancia, se consolida placenteramente durante la latencia si el aparato psíquico puede cumplir su papel en ese periodo, y se va a poner especialmente a prueba con los cambios puberales y adolescentes.

En la adolescencia es cuando –unas veces bruscamente y otras más progresivamente-, hay que asumir que uno está solo. Puede ser un momento difícil o –si todo va bien- estar consigo mismo, es todo un logro personal. ¡Por fin! Sienten y dicen algunos adolescentes. La intimidad no es

estar aislado. Es estar en contacto con el mundo interno y a la vez permitir la existencia y la influencia de lo externo. El interés, la apetencia objetal, no pone en peligro el narcisismo ni altera la intimidad del adolescente. Y es el sentimiento de unicidad y el narcisismo los que dan la libertad para compartirla.

La intimidad es apertura interior hacia mundos de sentido y significación diversos. Es espacio de contradicciones en torno a lo que somos y lo que nos mueve y conmueve en el mundo (Pardo, 2013). Reposo la pregunta ¿quién soy?

Intensas emociones sacuden la intimidad: reviviscencia de experiencias y sensaciones corporales y psíquicas vinculadas a las relaciones tempranas con las figuras parentales, a lo que se suman las novedades inesperadas de la pulsión y el cuerpo emergentes. “La intimidad se va a convertir en un espacio a controlar: entre lo que se exhibe y lo que se guarda” (Lasa, 2016). Y este equilibrio va a ser frágil en muchos momentos y en función de muchos factores, internos (desde el empuje corporal y pulsional; las experiencias relacionales narcisizantes o desvalorizantes; la capacidad de crear ideales accesibles) y externos (especialmente la presencia tranquilizadora o no de los padres, o el o los grupos de iguales). Y está la amenaza depresiva, siempre latente, y solo posible de superar en el encuentro amoroso o en la creación de un ideal (Braconnier, 2016). Pero también soportable con la compañía de los iguales, espejo narcisista e identificatorio en el presente del adolescente, periodo siempre demasiado lento de espera.

Es inevitable plantearnos que la intimidad (en el espacio y el tiempo) sigue siendo condición necesaria para la elaboración psíquica. En la adolescencia estar con los otros iguales, divertirse y aburrirse en compañía, compartir incertidumbres y apasionamientos, la exaltación, los fracasos y el desamor, en resumen la búsqueda objetal, va a consolidarse en un enriquecimiento psíquico (identificatorio) en la medida en que sedimenta a solas. La soledad posibilita la vivencia íntima, el contacto con uno mismo, el ensimismamiento narcisizante. De este modo se amplían representaciones, se crean y se redescubren las que estaban creadas, se posibilita la reconstrucción psíquica. La intimidad va a ser el refugio donde “retirarse a pensar las consecuencias que en el mundo interno va a generar la realidad externa que se ha compartido” (Puertas, 2017).

La experiencia de intimidad placentera, cuando se da, supone para el sujeto el hacer compatible el placer de la investidura narcisista (del sí mismo) y del mundo de los

objetos internos, con el mundo de los objetos externos, de los que puede depender con libertad. Es posible así -recogiendo las teorizaciones de hace años de diversos autores (Jeammet 1997, 1998; Marcelli y Braconnier, 2005)- vivir la paradoja especialmente presente en la adolescencia que se puede resumir en “para ser más yo, necesito de los otros”, “lo que más alimenta mi narcisismo es la relación con los demás”. Como decían estos autores y conocemos en nuestra práctica lo necesario para el crecimiento psíquico del adolescente es no sentir esta aparente paradoja como conflicto paralizante, es decir, poder tolerar la dependencia sin vivirla como esclavitud.

No quiero olvidar (aunque no me extenderé ya que no es el objetivo central) tras haber sostenido la importancia de los objetos internos y por tanto implícitamente de las identificaciones, la importante relación entre intimidad e ideal del Yo, esa instancia que sabemos que es una construcción esencial propia de la adolescencia (Marcelli y Braconnier, 2005). El ideal del Yo se sirve del exterior, del grupo de iguales, como espacio de identificación y gratificación narcisista (Laufer y Laufer, 1988), es decir al servicio de la construcción de la identidad, incluida la sexual y mantenerla estable. “El ideal del Yo es un estímulo para sostener el procesamiento de la continua reconfiguración identitaria (más en la adolescencia) por eso su labor permite el respaldo necesario para enriquecer el territorio de lo íntimo” (Puertas, 2017).

Erikson (2008) mantenía que “la resolución de la crisis de identidad depende en buena parte de la capacidad para experimentar intimidad”. Intimidad tranquila como opuesta a aislamiento (soledad angustiada): sería como verse en un espejo y contemplar una imagen idealizada de uno mismo. Por momentos puede ser vivida de manera parecida al enamoramiento, experiencia tan sublime en la adolescencia.

La contención de lo íntimo (de lo privado) va a perder su cualidad cuando este espacio no puede ser vivido en su función. Pasará a lo público a modo de desbordamiento que deja un sentimiento de vacío interno; y suele llevar a la búsqueda de objetos e ideales inalcanzables o tiránicos (aquí hoy juega un importante poder de influencia internet y las redes sociales, con sus potencialidades virtuales o bien los espejismos que es capaz de crear); o, en el otro extremo -ya esbozado al inicio- crear situaciones de encerramiento en la frustración y la vergüenza, en la desvalorización narcisista de no encontrar nada admirable en uno mismo (Puertas, 2017).

Hablemos un poco de la intimidad compartida. Tres situaciones por excelencia van a ser el campo de

experimentación y riesgo de compartir lo íntimo: la amistad, el amor erótico y la relación terapéutica (en su diversidad). En todos los casos va a suponer, cuando es viable, una garantía de apoyo narcisista mutuo. Podríamos decir que la intimidad adquiere toda su dimensión cuando es compartida: el placer máximo en el sentimiento de unión con otro diferente. Cuando se arriesga a buscar al otro en la realidad externa, y cuando lo encuentra. Son buenos ejemplos la pasión adolescente en el enamoramiento (que sabemos que puede revivirse en otros momentos de la vida) y cuando se pone a prueba en el ámbito de la sexualidad genital, y esto implica el cuerpo del adolescente.

La adolescencia es también el periodo de las confidencias con amigos, el tomarse en serio y compartir los sueños de cada uno, la intimidad o al menos aspectos de ella ofrecidos a aquellos, pocos en general, con los que se compromete en relaciones que tienen un gran potencial para la construcción de la identidad (Alberoni, 1985). La amistad permite, no fuerza, la intimidad. “La amistad no invade al otro-a, no lo posee; le gusta el acuerdo y la armonía, pero acepta el desacuerdo y la disarmonía; no se busca la unicidad sino la otredad y la mismidad” (Derrida, 1998). Pensando en los ideales de hoy, diríamos que no hay tiempo para mantener muchas relaciones de amistad verdaderas, es decir la que se da en un contexto de construcción del sí mismo. Uno se pregunta, como se pueden tener y mantener ¡200 o 2000 amigos por las redes! La amistad que conlleva ese compartir la intimidad no invade, ni se impone,...pero requiere estar atento, escuchar al otro y actuar con la palabra, y el silencio, y con los afectos, en la construcción biográfica (identitaria) del amigo. La intimidad compartida se experimenta como apertura a la re-interpretación biográfica y del lugar que uno ocupa y quiere ocupar en el mundo (ideal del Yo). Es esta una situación en que la intimidad puede hacerse pública sin riesgo de dejar un vacío interior.

LA INTIMIDAD EN LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS

Podemos considerar la relación terapéutica como una situación propicia para el despliegue de la intimidad de un adolescente y compartirla. Podríamos ir más allá y considerar que es el encuentro de dos intimidades, incluyendo la del terapeuta, o más en el caso de grupos, o de contextos institucionales.

También podemos estar de acuerdo, con nuestra comprensión, que estos encuentros son (y va implícito en la condición de relación terapéutica) propicios para

la elaboración psíquica, siempre que sean compatibles con la necesaria distancia relacional que los adolescentes exigen. Va a ser una tarea prioritaria del terapeuta, como del adulto en general, el facilitar esto dejando todos los logros -la responsabilidad del éxito de esa sintonía relacional- al adolescente. Si se logra, puede ser una verdadera repetición de la presencia del objeto que permite la creación de experiencias personales auténticas en el espacio transicional. Consistiría en preguntar a los adolescentes como la madre-cuidador pregunta al bebé, hacer comentarios, proponer palabras, acompañándole en sus descubrimientos. Pasar tiempo con ellos, dejándoles solos consigo mismos, redescubriendo quizás el placer de cuando jugaban siendo bebés en ausencia-presencia del cuidador.

Voy a relatar, resumidamente, una situación clínica con un adolescente de 16 años que consultó por grave inestabilidad emocional y conductual en el hogar (es hijo solo y convive con los dos padres) y al que llevo atendiendo semanalmente desde hace año y medio en sesiones individuales (ahora los padres son atendidos en consultas más espaciadas por otro compañero psicólogo). Tras un ingreso hospitalario por una descompensación aguda con síntomas psicóticos que remitió bien en pocos días, me ha venido repitiendo cada sesión durante meses: “tendrás que ganarte de nuevo mi confianza, y no te va a ser fácil”. Hemos tenido, desde entonces, en nuestros encuentros muchos momentos de silencio en que él, primero ensimismado, acababa cerrando sus ojos como adormilado y yo sentía una cierta inquietud interna que a veces le comunicaba. Me decía a menudo “tú, pregunta” para responder casi inmediatamente: “eres un pesado, ¿a ti que te importa mi vida!”. A veces me cuenta sus dificultades con el sueño y, paralelamente, vive un aislamiento casi total de sus iguales aunque se ha conseguido que asista, tras unos meses de desescolarización, al colegio. Las exigencias escolares son muy adaptadas debido a sus dificultades para tolerar el espacio grupal de clase donde presenta momentos de gran inquietud, incluso impulsividad, que llegan a asustar a sus profesores. En casa pasa bastantes momentos siguiendo algún youtuber famoso y él también graba algún video que sube a las redes. En las últimas semanas, y teniendo como soporte su smartfone, me pide, a modo de deber escolar entre consultas, que yo los vea para poder preguntarme después. Añado que durante los meses iniciales, de gran impulsividad en casa (en la actualidad ha cedido y las tensiones con los padres son soportable), una de las conductas destructivas frecuente era arremeter

contra ordenador, Tablet o Smartphone, habiendo roto varios.

Nos vamos a encontrar frecuentemente con la dificultad del adolescente para compartir (entregar) un espacio de intimidad que está consolidándose, que tiene inevitablemente que vivirlo él mismo y a solas. Como el adolescente anterior, puede no ser capaz de organizar su mundo de representaciones internas, poner en marcha un dialogo consigo mismo que sea comunicable. O quizás le falta la presencia de un objeto interlocutor que pueda ayudarle a tolerar la angustia e incertidumbre acompañantes y darle sentido –el grupo de iguales, el amigo o los amigos- que tomen el relevo cuando los objetos parentales deben mantenerse a distancia.

El reto para el adulto, incluido el terapeuta, va a ser respetar la intimidad del adolescente sin intromisiones, incluso sin pretender (ni desear siquiera) que la comparta. Jeammet (1998) insistía en la sensibilidad en la adolescencia ante la seducción que pueden suscitar la vivencia de dependencia en las relaciones terapéuticas, especialmente duales, que pueden ser sentidas como una dependencia intolerable. Compartir su intimidad les hace perder su solidez identitaria, sienten que se les despoja de aspectos de sí mismos que dejan de controlar (Jeammet, 2002). El placer que supone compartir la intimidad en otros momentos de la niñez o de la vida adulta se convierte fácilmente en un peligro insoportable (esclavos, atrapados por la presencia del terapeuta) que puede acabar en una ruptura, a veces inesperada, del proceso terapéutico o a pasos al acto (por ejemplo intentos autolíticos). Esto es especialmente importante en adolescentes con organizaciones borderline o con gran fragilidad identitaria e inseguridad narcisista, pero también podemos encontrarlo, con sorpresa, en adolescentes con organizaciones neuróticos.

Todo lo anterior nos plantea la idoneidad de abordajes psicoterapéuticos intensivos -psicoanálisis entre ellos- en esta edad, tema que sigue dando todavía hoy lugar a encendidos debates (Jeammet 1997; Marcelli y Catheline, 2012). Y nos hace repensar aspectos técnicos, adaptaciones y flexibilidad en los marcos de atención a los adolescentes, con el objetivo de que no provoquen demasiada excitación, es decir, que respeten el espacio íntimo. Los adolescentes más sanos, o cuando están ya inmersos en la relación terapéutica a menudo lo dicen: “¿Porque te voy a contar a ti?...” (Feduchi, 2011).

Diversos autores desde el psicoanálisis (Roussillon, 2008; Marcelli y Catheline, 2012) retoman hoy las concepciones de área transicional para facilitar los

cuidados y poner en marcha intervenciones adaptadas para los adolescentes más vulnerables y que soportan mal implicarse en relaciones terapéuticas. En mi opinión los terapeutas que trabajan desde los Tratamientos basadas en la Mentalización, sostienen en buena parte, propuestas compatibles (Bateman y Fonagy, 2016). Se trata de evitar abordar directamente la parte conflictiva de la experiencia psíquica (a menudo no mentalizable y actuada en las conductas) y buscar activamente con el adolescente espacios y experiencias cooperativos libres de conflicto.

Desde la experiencia en centros de día atendiendo adolescentes con graves carencias narcisistas y entornos familiares y sociales gravemente perturbados, se comprueba a menudo como estas experiencias –cuando se logran- son sentidas por los y las adolescentes como de creación individual y, a veces también grupal (p.e. talleres basados en actividades manuales, artísticas o deportivas), y tienen efectos realmente terapéuticos, movilizadores (o generadores) de imágenes más valiosas de sí mismos y permiten la construcción de ideales menos rígidos y más realistas. Les posibilita ir pasando de estar dominados por Su mundo (exigencias y vacíos internos pero también pulsionalidad arcaica y búsqueda de placeres sin demora) a situarse en El mundo y poder actuar en él (en la realidad externa). Y retomar el proceso adolescente con esperanza.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Muchos adolescentes hoy sufren situaciones duraderas e intensas de soledad. En nuestro mundo hipercomunicado sabemos que se puede estar solo.

Merece la pena ofrecer espacios de encuentro en los que se comparta de manera respetuosa la intimidad, en que nos ofrezcamos sin hacernos demasiado presentes para que los y las adolescentes puedan experimentar su mundo interno y sus ideales sin impotencia y esclavitud, en que logren sentir algunos momentos de mirarse con ternura (Jeammet, 1989) y tolerar la necesaria espera con esperanza). Para que puedan recuperar del bagaje de sus primeras vivencias de bebe con sus cuidadores, momentos placenteros compartidos. Dicho de otro modo, en palabras de Braconnier (2016): “Acompañar el pasaje de la dificultad amnésica a la tolerable rememoración, de la pérdida a la renuncia, y de la tristeza a la evocación, que permite pasar del dolor del duelo a la nostalgia, en la que se siente un cierto placer en evocar en pensamientos lo que ya no existe”.

El padre del adolescente del que he hablado anteriormente me contaba que, durante unas semanas, su hijo le había pedido ayuda para montar sus videos poniendo las canciones que escuchaba con ellos cuando era un niño. En esos momentos le sentía especialmente calmado.

Y si el adolescente no pudo disfrutar suficientemente esas experiencias, como ocurre a menudo en nuestra práctica asistencial, ofrecerle apoyo en el presente de la relación terapéutica para intentar una nueva construcción psíquica que abra caminos de renarcisización y de esperanza.

Cuando podemos experimentar esto como terapeutas o clínicos enriquecemos también nuestro mundo íntimo y, como escuche alguna vez a nuestro querido colega Juan Manzano, es una de las experiencias placenteras de ser terapeuta.

Muchas veces este acercamiento a las dificultades vitales y el sufrimiento psíquico durante la adolescencia, más comprensivo que resolutivo (en el sentido de las demandas actuales de evidencia, eficiencia y rapidez) es el único posible. Nos plantea la responsabilidad de recuperar las funciones de cuidar y acompañar a estos adolescentes. Como adultos con distintos vínculos y funciones: terapeutas, educadores, padres. Que sigan sintiendo nuestra mirada y nuestra presencia, nuestro interés “me importas... así, como tú eres”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberoni, F. (1985). *La amistad. Aproximación a uno de los más antiguos vínculos humanos*. Barcelona: Gedisa (Orig. 1984).
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer (Orig. 2016).
- Braconnier, A. (2016). *La enfermedad de la idealidad*. Ponencia en V Jornada sobre Clínica en Salud Mental de la Adolescencia en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús: Fanatismo Identidad y Adolescencia. Madrid.
- Carel, A. (2000). Croissance psychique, deuil originaire et capacité à être seul. *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 26, 291-310.
- Chockler, M. (2010). El concepto de autonomía en el Desarrollo Infantil Temprano. Coherencia entre teoría y práctica. *Revista Aula de Infantil*, 53. Barcelona. <https://www.piklerloczy.org>
- Dangerfield, M. (2017). Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 63, 29-47.
- Denis, P. (2010). Entre familia y parentalidad: algunas consecuencias de las discontinuidades relacionales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 79-90.
- Derrida, J. (1998). *Políticas de la amistad*. Madrid: Trotta (Orig. 1994).
- Diccionario de la lengua española (2014). 23ª edición. Madrid: Real Academia Española.
- Entrevista con Alex de la Iglesia. *Diario El País* (2017). https://elpais.com/cultura/2017/11/30/actualidad/1512068372_577163.html
- Erikson, E. (2008). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós (Orig 1998).
- Feduchi Benlliure, L. (2011). El adolescente ante su futuro. *Temas de Psicoanálisis* 1, 1-11.
- Han, B-Ch. (2013). *La sociedad de la transparencia*. (Cita de P. Handke). Barcelona: Herder (Orig. 2012).
- Innerarity, D. (2015). Libertad como desconexión. Artículo de opinión. *Diario El País*. https://elpais.com/elpais/2015/05/21/opinion/1432228354_208918.html
- Jeammet, P. (1997). L'interprétation en psychothérapie et psychanalyse d'adolescents. En Manzano, J. (dir). *L'interprétation en psychothérapie d'enfants et d'adolescents*. Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène.
- Jeammet, P. (1989). *Psychotherapie de l'adolescent*. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale* (Paris), 37812 B-5.
- Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: Una respuesta ante la amenaza de la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 33-34, 59-91.
- Lasa, A. (2016). *Adolescencia y Salud Mental. Una aproximación desde la relación clínica*. Madrid: Editorial Grupo 5.
- Laufer, M. y Laufer, E. (1988). *Adolescencia y crisis del desarrollo*. Barcelona: Espaxs (Orig. 1984).
- Marcelli, D. y Catheline, N. (2012). *Ces adolescents qui évitent de penser*. Toulouse: ERES.

-
- Marcelli, D. y Braconnier, A. (2005). *Manual de Psicopatología del adolescente* (2ª Ed.). Barcelona: Masson (Orig. 2004).
- Moliner, M. (2007). *Diccionario de uso del español* (3ª versión). Barcelona: Gredos.
- Pardo, JL. (2013). *La intimidad*. Valencia: Pre-Textos.
- Puertas, P. (2017). La intimidad: una territorialidad conquistada. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 80, 183-212.
- Roussillon, R. (2008). *Le jeu et l'entreje(u)*. Paris: PUF.
- Tió, J., Mauri, L y Raventós, P. (2014). *Adolescencia y transgresión*. Barcelona: Octaedro.
- Winnicott, DW. (2006). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. En DW. Winnicott, *Obras escogidas I*. Barcelona: RBA (Orig. 1958).

MECANISMOS AUTORREGULATORIOS EN EL BEBÉ Y SUS INTERACCIONES TEMPRANAS*

SELF-REGULATORY MECHANISMS IN BABIES AND THEIR EARLY INTERACTIONS

Mercedes Becerra Gordo**

RESUMEN

Padres-bebé forman un complejo entramado de interacciones que de manera muy temprana van a contribuir a la construcción del yo del bebé.

Las dificultades de regulación emocional suponen un volumen importante de consultas terapéuticas. En el camino que recorre un niño hasta la adquisición de mecanismos de regulación emocional propios, numerosos son los factores que van a contribuir a que este pase de manera saludable de una regulación fisiológica a la gestión de su propia emotividad.

Según como sea este proceso nos encontraremos ante un amplio abanico de sintomatología en la clínica. Si detectamos tempranamente estos desajustes relacionales podremos intervenir de manera precoz y así contribuir a un mejor desarrollo en la construcción del Yo en el bebé.

Palabras clave: mecanismos autorregulatorios, interacciones tempranas, díadas padres-bebé.

ABSTRACT

Parents-baby dyad form a complex network of interactions that will contribute to the construction of the baby's self from the very early stages.

Difficulties in emotion regulation represent an important amount of therapeutic consultations. There are many factors that influence the path a child follows until the acquisition of his/her own emotion regulation mechanisms from a healthy way of a physiological regulation through the management of his own emotionality.

Depending on how this process goes on, a wide range of symptomatology could be present in the clinic. Early detection of these relational imbalances allows an early intervention and thus contributes to a better development in the construction of the baby's self.

Key words: self-regulatory mechanisms, early interactions, parent-baby dyads.

El desarrollo psíquico de un niño se inicia desde la fantasía de los propios padres de acceder a su propia parentalidad. Tanto el desarrollo intrasubjetivo como el desarrollo intersubjetivo del bebé estará influido por una variabilidad de factores tan compleja que hace que cada bebé sea único en su desarrollo emocional. Como se suele decir, "lo diferentes que pueden ser unos hermanos compartiendo los mismos padres y la misma ideología

* Symposium presentado en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título "Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social" fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Psicóloga y directora de la consulta de perinatalidad y primera infancia. E-mail: atelier@cop.es

de crianza”. Factores como la genética y la epigenética, el temperamento del bebé al nacer, las interacciones que se produzcan tempranamente, la depresión postparto tanto en la madre como en el padre puede irrumpir tras un periodo prenatal de riesgo. Núcleos traumáticos que se podrán activar de manera transgeneracional y que aparecerán como parte de la relación, o cómo se vayan construyendo sus patrones de apego van a ser, entre otros, lo que le dará la individualidad tanto al bebé como a el tipo de diada que se produzca con sus padres.

Cuando un bebé ya está entre los padres, un cúmulo de emociones van a ponerse en juego. Algunas de éstas serán protectoras y otras serán fuentes de estrés tanto para los padres como para el propio bebé. El acceso a la parentalidad no siempre es fácil, dejar de ser hijos para además ser padres puede despertar una nueva conflictividad. Por tanto, toda la prevención prenatal de la próxima parentalidad servirá de factor protector una vez llegado el momento del nacimiento del bebé y de estos nuevos padres como tales.

Pese a la creencia popular de que el embarazo y el nacimiento de un bebé es signo de plenitud personal, no siempre es así. Durante el embarazo podemos sentir cambios emocionales que, junto con los físicos, hacen que se viva como un periodo oscuro, irritado o, como a veces se describe, con una desazón que no se entiende muy bien por qué. En ocasiones, cuando llega el momento de ver al bebé real, se activan angustias y miedos “que aparecen como por sorpresa” y, en ocasiones, se resignifican conflictos: “Empecé a sentir que nadie me entendía, no se ofrecían a ayudarme y empecé a encerrarme en mi misma con un único objetivo: estar con mi bebé”, “No haré como mi madre, voy a suplir todas mis carencias”. En esta etapa postnatal, todo lo previsto hasta el momento, las fantasías que aparecieron durante el embarazo, proyecciones de los padres hacia el bebé imaginado, entre otros, van a cambiar –o no– su curso una vez que el bebé real ya está entre los padres.

La adaptación a este bebé real, con sus características propias, será uno de los caminos más saludables hacia el inicio de las primeras interacciones.

Como vemos, pese a que el protagonista de la escena es el bebé, no podemos dejar de lado las figuras parentales que van a contribuir, y mucho, en la construcción del Yo de su bebé.

De toda esta complejidad, destacamos un aspecto dentro del psiquismo del bebé y que será el núcleo de este artículo. Cómo éste, poco a poco, va desarrollando mecanismos de regulación propios y cómo su adquisición

va a depender, en su gran mayoría, de las interacciones que se den de manera temprana con sus cuidadores principales. Voy a centrarme, pues, en los mecanismos autorregulatorios que van a ir dotando al bebé de la capacidad para gestionarse fisiológicamente así como para tramitar la gestión emocional que le va a suponer cada encuentro, cada interacción.

A finales del siglo XX aparece una línea de investigación centrada en las interacciones tempranas donde se empieza a ver que la relación padres-bebés es un proceso diádico de regulación afectiva y fisiológica mutua. “El bebé nace con una capacidad propia para la interacción: ...existe una tendencia a relacionarse, comunicarse, coordinarse y sintonizarse afectiva y mentalmente con los otros” (Stern, 1985; Tronick 1989; Trevarthen, 1993). Los padres o cuidadores principales contribuyen activamente y con mayor o menor calidad a que se dé este equilibrio que permite que el bebé pase de una regulación intersubjetiva a la adquisición de mecanismos propios de regulación.

Todo este equipaje lo va a configurar como un bebé real al encuentro de unos padres que acaban de entrar en la paternidad aunque, como ya hemos dicho, en la parentalidad entramos en nuestra propia infancia. Este encuentro, y los que se darán en el próximo tiempo, van a ir construyendo un día a día padres-bebé donde los padres van a ser un pilar básico en el proceso de construcción del yo de su hijo.

En esta regulación tanto fisiológica como afectiva se pondrán en juego las capacidades innatas del bebé, las capacidades de la diada y ciertos aspectos del funcionamiento parental. Parafraseando a Winnicott: el bebé no existe, existe la pareja de crianza.

Si pensamos lo fundamental que serán para el bebé sus mecanismos autorregulatorios y cómo esta adquisición va a contribuir a un buen desarrollo de su Yo. Si pensamos que son claves en muchos de los desajustes que vemos en la clínica, entonces podemos intentar hacer un ejercicio de síntesis y citar algunos de los principios que pueden contribuir a que el bebé los adquiera de manera saludable.

Por parte de los padres, las proyecciones parentales no deberían ser masivas, en todo caso proyecciones neuróticas tal y como se describe en el desarrollo teórico de los trabajos del grupo de Ginebra sobre parentalidad (Manzano et al, 2002).

Respecto al entorno que rodea al bebé, éste debe ser filtrado por los padres. Una función de filtro que producirá en el bebé el confort suficiente para gestionar situaciones sensoriales tanto externas -frio, ruido, manipulación, etc-

como internas -hambre, gases, sueño,etc- que excedan su capacidad propia de filtro. Además, los padres, y sobre todo la figura que ocupará el lugar de cuidador principal, pensará por él, pondrá palabras al realizar acciones de manera coherente a lo que el bebé está sintiendo en ese momento: “voy a cambiarte que debes de estar incómodo”, “debes tener hambre”, “quieres estar con mamá, ¿verdad?”. Palabras-actos-pensamientos se darán de manera coherente, simultánea y continua a lo que el bebé pueda estar sintiendo y acompañarán el proceso de sentirse como ser que piensa por sí mismo. En resumen, capacidad por parte de los padres de pensar por el bebé y devolverle una imagen como ser pensante. Podríamos decir que con este prestar al bebé su mente, su pensamiento, su aparato psíquico, los padres estarán contribuyendo a que, en el futuro, el bebé pueda pensarse a sí mismo. Un pensar rudimentario en los inicios, pero fundamental para un buen desarrollo posterior. Esta coherencia que el bebé recibe entre lo sentido y lo pensado, va a ser fundamental para construir una realidad de sí mismo y de su entorno.

Realidad de sí mismo predecible, comprensible y, por tanto, confiable: “lo que pienso es lo que siento”. El bebé podría decir “Debo de tener hambre porque cuando siento esto y recibo alimento me calmo, y como se ha repetido tantas veces de la misma manera, deben ser correctos mi sentir y mi pensar”. Con lo que tenemos que un bebé a los cuatro meses ya puede ver un biberón en la mano de papá, ver la teta de mamá y saber que va a recibir alimento y, como consecuencia de esto, podrá esperar durante un breve momento calmado ya que confía en su percepción, su pensamiento y su entorno. Diremos que podrá poner tempranamente pequeños mecanismos para autorregularse en una situación que le desborda como puede ser el hambre, y que este pensar que va a ser alimentado hará que pueda esperar un breve momento. Serían los primeros procesos abstractos donde la función reflexiva no está en marcha todavía.

Los dos primeros meses del bebé son un periodo del desarrollo extremadamente sensible. La experiencia subjetiva va a resultar de un conjunto de experiencias que se irán integrando y que tanto formarán parte de su desarrollo intrapsíquico, como contribuirán al desarrollo intersubjetivo. Intersubjetividad primaria en un inicio que va a ir permitiendo que el bebé reconozca poco a poco acciones suyas y del otro, siempre en un contexto, insisto, de coherencia y simultaneidad.

Las relaciones vinculares tempranas, los encuentros y su interacción son, pues, una de las claves para que

el bebé adquiera mecanismos autorregulatorios de regulación fisiológica y afectiva. Y para que el bebé los adquiera va a necesitar experiencias previas donde los padres modulen y regulen diferentes niveles de excitación en su bebé. Estas contenciones, regulaciones, por parte de los padres irán acompañadas de palabras, gestos, afectos coherentes a la vivencia que el bebé experimenta en ese momento, como ya he comentado, y esta regulación de la intensidad de la vivencia afectiva irá no sólo a los aspectos somáticos (hambre, sueño, temperatura) sino a la seguridad de la exploración (pre-patrones de apego), y al acompañamiento afectivo para un buen desarrollo cognitivo. Todo este proceso permitirá que esta experiencia subjetiva abra la vía de la intersubjetividad en la que el estado emocional de los padres influirá directamente en la forma en la que el bebé vaya a experimentar todo esto.

A través de las diferentes teorías que nos hablan de cómo se estructura psíquicamente un bebé vemos que, en numerosas aportaciones de diferentes autores, se hace referencia al bebé en relación con un otro.

Si tomamos la aportación de René Spitz y sus tres organizadores psíquicos, la emergencia de un determinado organizador se infiere “...por la aparición de un conducta afectiva específica, que es señal del establecimiento del organizador y del inicio de una nueva fase” (Spitz, 1959). Y los pensamos desde la perspectiva intersubjetiva, vemos que el primer organizador que describe ya nos ofrece la pista de que el bebé empieza a sentir a un otro diferenciado y que será la sonrisa social lo que nos lo indique. El bebé responde con una sonrisa al rostro del otro que tiene enfrente.

Por tanto, tras este primer organizador psíquico se asentarán las bases para el establecimiento de los primeros mecanismos autorregulatorios donde el bebé puede, de manera rudimentaria, pensar al otro. Serán los primeros procesos hacia una futura función reflexiva. Si este nuevo estadio no se instala nos encontraremos ante un signo precoz de retraimiento emocional del bebé que podría desembocar en una patología grave del desarrollo ya que el bebé no está siendo capaz de regularse mínimamente ante la emotividad que le invade.

Si continuamos el desarrollo vemos que el bebé cada vez es más competente y su conducta le servirá también para regular intensidad, afecto, inquietud, etc. ¿Qué sucede cuando el niño de nueve meses extraña al desconocido y coteja con su madre si este es confiable o no lo es?. La tranquilidad de la madre podrá contribuir a su propia tranquilidad. El bebé comprende las conductas

no verbales y la emocionalidad de su madre ya desde su nacimiento. Es su fuente de información y de sentir. Por tanto, en esta etapa es capaz de utilizar la conducta para gestionar, entender y actuar ante el mundo. Si seguimos el desarrollo teórico de Spitz con la angustia del extraño, 2ª Organizador psíquico, vemos cómo el bebé regula nuevamente en relación con un otro. Con este nuevo organizador psíquico se produce un salto cualitativo en el acceso a mecanismos de regulación propios que le permiten al bebé, a través de una conducta activa y dirigida a un otro, gestionar angustias internas.

En esta etapa también se inicia lo que será más adelante el patrón de apego, los prepatrones de apego que llamarían algunos autores (Lecannelier, F,2004). Es el inicio de una intersubjetividad secundaria que permitirá al bebé establecer una conducta triádica con el adulto y con el objeto y que le aleja de posibles patologías graves. A partir de los 10 meses el bebé entra en un momento clave para su desarrollo donde, si no accede, podemos pensar en el establecimiento de una patología. El bebé en esta franja de edad empieza desarrollar la capacidad de poder interactuar con un otro y con un objeto a la vez en una situación de placer compartido (conducta triádica). Se trata de la intersubjetividad secundaria donde este disfrute mutuo, el placer en esta interacción, será una de las claves de éxito en esta nueva etapa. Bebé y papá, bebé y mamá estarán conectados en una actividad compartida con un objeto como mediador de la interacción, cada uno a la espera del otro con el único objetivo de este placer mutuo, sin que haya una instrumentalización del objeto o del otro. Su representante por excelencia es la Atención Conjunta, joint attention (Chaman, T et al,2000) y el bebé podrá señalar para llamar y compartir con el adulto (pointing). Son los estadios previos de una función reflexiva que contribuirá a que poco a poco se vaya desarrollando en él la Teoría de la Mente necesaria para la relación y la comunicación.

Para cerrar este recorrido citaré otro de los momentos claves del bebé, ahora casi niño, donde va a ser necesario el acompañamiento de sus figuras parentales para continuar la buena construcción de mecanismos regulatorios propios. Hablo de la gestión emocional que le va a suponer caminar hacia la construcción de ser un individuo separado y diferenciado de sus padres (Mahler, M 1977), y un camino para gestionar el difícil equilibrio que suponen demandas y limitaciones, actividad y pasividad. Pares que estarán presente en la paradoja de esta etapa, la etapa del No por excelencia. Spitz lo teoriza como el 3er organizador psíquico.

Dominio del No, adquisición de la capacidad de juicio y de negación. Comienzo de intercambios de símbolos semánticos de la comunicación verbal.

El niño en esta etapa intentará, por un lado, conseguir lo que se desea y además de forma inmediata y, por otra parte, controlar con su conducta el mundo emocional que le rodea, con expresiones de rabia/rabietas que le ayudarán a evacuar y, en el mejor caso, gestionar las emociones que le invaden. Pero hay otro lado de la balanza: el niño necesitará unos padres que le contengan y, tal y como hablamos que sucedía en sus primeros tiempos y a fin de ir creando estos mecanismos autorregulatorios, ya no solo fisiológicos sino puramente emocionales, necesitará que sean coherentes en su sentir, en su pensar y simultáneos a la situación concreta. Necesitará que sus figuras de referencia estén ahí en el momento en que aparece la emoción que necesita gestionar, emociones tales como miedo porque el entorno no es predecible para él, rabia por no conseguir inmediatamente lo que desea, frustración porque no puede hacer cosas por sí mismo, y un sinnúmero de emociones intensas que tal y como entran necesitaran ser expulsadas, como un vaso que se rebosa con facilidad. Es la etapa en la que hace su aparición una sintomatología conductual donde la aceptación de lo que viene del otro provoca una clara oposición.

Y si todo va bien, el niño poco a poco irá adquiriendo mecanismos autorregulatorios suficientes para poder gestionar toda la emoción sin sentir que se desborda. Podrá empezar a poder gestionar pensando, con una función reflexiva cada vez más compleja y una capacidad de mentalización que le acompañará en su desarrollo (Fonagy, P et al,2002; Ibañez, M,2003). Los padres contribuirán a que el niño aprenda a entenderse emocionalmente y así aprender a modular paulatinamente toda la emotividad que le va a suponer la relaciones con los iguales, con los adultos, con las normas sociales así como en su propia construcción como ser social.

Para terminar, y a modo de conclusión, decir que los niños con dificultades de regulación emocional representan un volumen importante de los motivos de consulta en la práctica clínica. Dada la complejidad de factores que hay en juego, tal y como hemos visto, tanto en los padres como en el bebé/niño, no podemos quedarnos sólo con el síntoma manifiesto: debemos valorar todo el entramado tanto intra como intersubjetivo que está en juego en su construcción psíquica. Puesto que este proceso de construcción psíquica del Yo del bebé es dinámico, relacional, afectivo y se inicia desde en periodo perinatal, será pues necesario trabajar en la

línea de la concienciación, la prevención, la detección temprana y la intervención perinatal, así como en la formación necesaria de los profesionales de la salud y la educación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chaman, T., Barón-Cohen, S., Swettenham, J., Baird, G., Cox, A. y Drew, A. (2000). Testing joint attention, imitation, and play as infancy precursors to language and theory of mind. *Cognitive Development*, 15(4), 481-498.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. y Jurist, E. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Ibañez, M. (2003). El estudio del apego y de la función reflexiva: Instrumentos para el diagnóstico y la intervención. *Temas de psicoanálisis*, 5, 1-26.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad. Volumen I y II*. Santiago de Chile: Ed LOM.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación*. Madrid: Ed. Marymar.
- Manzano, J., Palacio, F. y Zilkha, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad: Clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao: Altxa
- Nanzer, N. (2016). *La depresión postparto*. Barcelona: Ed. Octaedro
- Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1958). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D; (2007). *Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En Realidad y Juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.

EL GRUPO TERAPÉUTICO CON NIÑOS PEQUEÑOS COMO TRÁNSITO ENTRE FAMILIA Y ESCUELA

EXPERIENCIA GRUPAL: HISTORIA DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN TREN

GROUP THERAPY WITH YOUNG CHILDREN AS A TRANSITION BETWEEN FAMILY AND SCHOOL

GROUP EXPERIENCE: THE HISTORY OF BUILDING A TRAIN

Lourdes Busquets Ferré* , Ruth Ubía Alcántara** y Rafael Villanueva Ferrer***

RESUMEN

En este artículo se reflexiona sobre los grupos terapéuticos en Atención Precoz. Se expone una experiencia grupal llevada a cabo en el CDIAP Equip40 con un grupo de niños pequeños conducido por una psicóloga y una fisioterapeuta. A través de viñetas clínicas, se describe el proceso terapéutico desde una mirada interdisciplinar y se muestran diferentes tipos de intervenciones.

Palabras clave: Atención Precoz, grupo terapéutico, niños, juego, psicomotricidad.

ABSTRACT

This article reflects on therapeutic groups in Early Years. It deals with a group experience carried out at

the CDIAP Equip40 with a group of young children conducted by a psychologist and a physiotherapist. Through clinical vignettes, the therapeutic process is described from an interdisciplinary perspective and different types of interventions are shown.

Key words: Early Years, group therapy, children, play, psychomotricity.

INTRODUCCIÓN

Foulkes (2005, pp. 99): "*...Ésta es la razón por la que el comportamiento neurótico tiende a disminuir en un grupo y el comportamiento normal se sostiene. ¿Sabe esto el grupo? No de un modo consciente, pero está forzado a actuar en esta dirección por el mero hecho de que solo puede crecer mediante aquello que es capaz*

* Psicóloga y Psicoterapeuta acreditada por FEAP y Europsy. CDIAP Equip 40 Sant Feliu, Sant Vicenç dels Horts y Vallirana. E-mail: lourdes.busquets@gmail.com

** Fisioterapeuta. CDIAP Equip 40 Sant Feliu, Sant Vicenç dels Horts y Vallirana.

*** Psicólogo Clínico y Logopeda. Asesor-Consultor CDIAP Granollers y CDIAP Caldes de Montbui.

de compartir, y solo es capaz de compartir aquello que puede comunicar, y solo «comunica» mediante lo que tiene en «común» —por ejemplo, el lenguaje—, esto es, sobre la base de la comunidad en general...”.

¿Por qué los grupos terapéuticos de niños en atención precoz?

Creemos que no sería una suposición excesivamente atrevida decir que los CDIAP (Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç) organizan su atención al niño con dificultades en el desarrollo a partir de la comprensión del funcionamiento de las primeras relaciones en el seno de la familia y en el entorno cuidador (familiares, canguros, jardín de infancia, etc.). Sabemos que el desarrollo del niño es el resultado de la interacción de diferentes factores constitucionales y ambientales entre los cuales las primeras relaciones juegan un papel crucial. Por lo tanto, parece lógico afirmar que la Atención Precoz, el diagnóstico y el tratamiento, es una atención en gran medida grupal que pretende influir en el desarrollo del niño a través del trabajo con el grupo familiar (Foulkes, 1948).

Podríamos añadir que se trata también de un trabajo “en grupo” o sea, un trabajo en equipo en el que el niño, su familia, la escuela y los entornos sociales que lo cuidan y sostienen intentan cooperar para mejorar en lo posible el desarrollo y desatascar aquellos escollos que lo dificultan. Siempre, por supuesto, en la medida de las posibilidades de cada uno. El CDIAP participa en este “grupo” ofreciendo una ayuda para entender al niño con dificultades en su desarrollo, las dinámicas familiares y sus relaciones en el entorno escolar.

Desde esta perspectiva grupal del trabajo en el CDIAP parecería que la intervención en grupo con niños está en sintonía con la idea de la importancia del grupo en el desarrollo. Cabe destacar que estos grupos terapéuticos parten de un momento del desarrollo del niño (3-4-5 años) en el que la familia empieza a ceder protagonismo a los entornos sociales más amplios, como la escuela, y en el que la relación con iguales va teniendo cada vez más importancia. Por lo tanto, este tipo de atención deja, en parte, de lado al grupo familiar para centrarse en el grupo de niños y requiere de un cierto nivel de desarrollo en el niño (especialmente de relación, comunicación y simbolización) para que el grupo funcione.

La utilización de los grupos de niños en los CDIAP es variada, pero es evidente, que salvo en el caso de algunos equipos, podríamos considerarla como una herramienta terapéutica poco utilizada. Es frecuente que

este tipo de abordaje se plantee como una respuesta a la presión asistencial, pero esta ilusión suele durar poco ya que los esfuerzos de organización y la dedicación que requieren estos grupos es alto. Sin embargo, creemos que la intervención en grupo tiene posibilidades terapéuticas específicas que difícilmente se consiguen con otro tipo de intervenciones y que justifican por si mismas su utilización. En esta línea destacar la experiencia de Arias y Torras de Beà (2010) en los llamados Grupos de Observación Diagnóstica diseñados para complementar el diagnóstico que a la vez obtienen también resultados terapéuticos. Son grupos abiertos de cuatro a ocho niños, con un grupo paralelo de padres y de una duración trimestral, a razón de una sesión semanal de una hora.

Aunque pongamos énfasis en los beneficios que los grupos terapéuticos pueden aportar al niño en este momento evolutivo en que se está abriendo hacia la sociedad y en la situación vital de entrada en la escuela, los aportes de estos grupos terapéuticos creemos que van más allá de la ayuda a la socialización. A continuación, describimos algunos argumentos que pueden justificar la atención en este tipo de grupos en Atención Precoz y que aportan algo diferente a la atención en familia o en individual:

Refuerzan el yo: es una experiencia que proporciona seguridad y protección porque el sentimiento de pertenencia a un grupo da identidad a través de la imitación y la identificación con los otros niños. Promueve el autoconocimiento y, si consiguen que el niño aporte algo valioso al grupo, fortalecen su autoestima.

Favorecen el desarrollo social y relacional del niño: permite la expresión y comunicación entre iguales, la relación y socialización. A la vez se fomentan sentimientos de solidaridad y cooperación. Disminuye los sentimientos de exclusión y de anormalidad al compartir la experiencia con otros niños a los que les pasa algo parecido o “que están en condiciones semejantes”. Citando a Torras de Beà (2013, pp. 48) el grupo da: “... la oportunidad de expresarse, ser escuchado y escuchar, darse a conocer y conocer. Dicho espacio de escucha favorece la disminución del sentimiento de soledad, anormalidad de ser un extraño al que le pasan cosas que no le suceden a ningún otro, mitiga sentimientos de culpa y permite acercarse con empatía a las emociones de los demás y con menor ansiedad a las propias...”.

Favorecen la mentalización de las emociones y su comunicación: permite tener la vivencia de convertir la experiencia de conflicto en experiencia dialogante. Además, facilita que el niño vivencie a través de los otros

ideas y emociones que él no puede reconocer en si mismo y que podrían quedar ocultas y no expresadas. Con ello, el grupo da la oportunidad de que sean escuchadas y tratadas al ser verbalizadas o jugadas. El grupo tiene una gran capacidad de movilización y permite ver en los otros niños dificultades que costaría identificarlas en uno mismo ayudando así a disminuir la ansiedad al compartir el malestar (Torras de Beà, 2013).

Fomentan la resolución de conflictos: el sentimiento de pertenencia incentiva la responsabilidad y favorece el apego a las reglas. También estimula la tolerancia a la frustración y combate la impulsividad.

LOS GRUPOS DE NIÑOS PEQUEÑOS EN RELACIÓN CON EL MOMENTO EVOLUTIVO

Las dificultades y capacidades del grupo familiar se suelen traspasar al grupo escolar. Para adaptarse y funcionar en la escuela, que es una estructura grupal numerosa (grupo grande), se necesita: un cierto nivel de desarrollo, de construcción del sí mismo, de la capacidad de estar en grupo, de sentirse protegido y atendido en el grupo por el adulto o sea de compartir al adulto (maestra).

El niño de 3-4 años se encuentra en un momento de cambio personal muy importante. En estos primeros años ha ido construyendo una identidad y suele haber alcanzado un nivel de desarrollo que le permite ampliar el pequeño grupo de relaciones que le proporciona la familia e incorporarse a entornos sociales más amplios, fundamentalmente al escolar.

Al entrar en la escuela el niño cuenta con ese nivel de desarrollo alcanzado, pero también con una experiencia grupal que ha adquirido en la familia. Pero la familia, entendida como un entorno protector que ha permitido y potenciado su desarrollo, tiene unas características muy particulares y diferentes en muchos sentidos a las del grupo que el niño se encontrará en el entorno escolar.

Algunas características del grupo escolar y del grupo familiar.

La familia es, generalmente, un grupo pequeño en el que la proporción de adultos - niños está bastante equilibrada y en el que los niños tienen distintas edades y por lo tanto distintas necesidades. Esto, y desde luego muchos otros aspectos de la familia en los que aquí no entraremos, permite que se den relaciones y vínculos muy estrechos entre los padres y cada uno de los hijos. Cuando hay hermanos, también se da una dimensión

grupal entre iguales, pero, aun así, el grupo pequeño familiar puede responder de forma muy individualizada a cada uno de los miembros. Si todo va suficientemente bien, los padres se ajustan al niño en función de sus necesidades, de las capacidades que va desarrollando y de las dificultades que pueda presentar para adaptarse a lo que el entorno familiar le va pidiendo, por ejemplo: la progresiva separación de la madre, el dominio del control de esfínteres o la llegada de un hermano. El niño también se adapta a las rutinas y tradiciones familiares, a la forma de hacer de sus padres y cuidadores. Los conoce y va pudiendo prever sus respuestas, sus sentimientos, etc. En este contexto de vínculos estrechos, de estabilidad y de rutinas cotidianas se pueden ir construyendo códigos de comunicación entre el niño y sus cuidadores, primero restringidos y luego el lenguaje compartido por la sociedad. La conversación entre adulto y niño es habitual gracias a lo que el lenguaje se puede desarrollar. Nos interesa transmitir que el entorno familiar, como hemos dicho si todo va bien, es protector y estimulante y le da al niño muchas posibilidades de relación y comunicación. No se nos escapa que la familia tiene una complejidad importante y elementos que limitan las posibilidades del niño, que lo sobreprotegen y/o lo desprotegen en ocasiones.

La escuela evidentemente es diferente: ofrece protección y estímulos para aprender, relaciones con otros adultos y con iguales, pero de otra manera. En cuanto al número, el grupo en un aula es mucho más numeroso que el grupo de hermanos y los adultos que los cuidarán y enseñarán son generalmente uno o dos. El entorno institucional escolar es más grande también y sus tradiciones y rutinas son diferentes. Se espera del niño que haya alcanzado un cierto nivel de maduración que le permita ir haciéndose cargo de su propio cuidado (hábitos). Se espera que entienda el lenguaje y que sepa comunicarse. Pero, sobre todo, y esto quizás no se suele decir, se espera que sepa estar en grupo, en el grupo grande. Que pueda compartir a la maestra con el resto de sus compañeros y sentir que lo que va dirigido al grupo, los cuidados, las propuestas y las comunicaciones en general también van dirigidas a él. En este contexto, inevitablemente las interacciones serán prioritariamente entre las maestras y el grupo, las interacciones individuales serán menos frecuentes y la protección, estimulación y comunicación se vehicularán prioritariamente a través del grupo.

Muchos de los niños que han tenido problemas en su desarrollo pueden mostrar mayores dificultades para adaptarse al entorno escolar, al grupo grande y

a la institución. Puede que se muestren más inhibidos, desorganizados y/o que presenten trastornos o retrasos en la motricidad, que les cueste más relacionarse y expresar sus emociones y como consecuencia pueden mostrar dificultades en el lenguaje y en la simbolización.

Es frecuente que los padres nos hablen preocupados de que su hijo no se relaciona con los otros niños. Parece interesarse, pero no se acerca o cuando lo hace es de forma inadecuada. Probablemente le cueste participar en actividades grupales y tienda a quedarse y sentirse excluido. Es posible que busque la atención individual de las maestras o que se refugie en actividades de su interés, pero desligadas de la actividad del grupo. Si este tipo de dificultades para participar en el grupo predominan, los niños se pierden la riqueza que aporta el contacto con otros niños. Pierden la variedad de intereses y la comunicación puede quedar muy restringida al limitarse casi exclusivamente a la que tienen con las maestras. Estos niños pueden transmitir la impresión de que se han resignado a estar en la escuela en lugar de irse adaptando realmente al medio escolar. Es un entorno que les viene “grande” en el que les cuesta integrarse y llegar a disfrutar. Las maestras suelen reconocer esta situación, pero les hace más difícil su tarea de atender en el contexto grupal del aula ese niño que necesita una atención tan individual.

El grupo terapéutico en estas edades puede suponer una experiencia grupal diferente de la que tiene en la familia y en la escuela e intermedia entre ambas. De esta manera, ayuda al niño a situarse mejor en el grupo grande que tiene en la escuela, aprovechando las posibilidades que ésta le ofrece.

¿QUÉ PUEDE OFRECER LA ATENCIÓN TERAPÉUTICA EN GRUPO PEQUEÑO?

Nos gustaría destacar dos ámbitos en los que el grupo terapéutico puede ayudar:

a) Darles la posibilidad de tener una experiencia con iguales en la que puedan “practicar” la pertenencia a un grupo, la comunicación y colaboración entre sus miembros, a través del juego y con la ayuda de terapeutas del CDIAP (experiencia intermedia entre el grupo pequeño-familiar y el grupo grande - escolar).

b) Ofrecerles un espacio terapéutico en el que, con la ayuda de las intervenciones de las terapeutas, puedan darse cuenta de lo que les ocurre en el grupo y tomar conciencia de las emociones que surgen en el aquí y ahora de la actividad grupal.

El objetivo fundamental de los grupos terapéuticos de niños pequeños (3-4-5 años) es que consigan organizar un juego y jugar juntos. La tarea podríamos decir que es jugar. Al hacerlo los niños tendrán que: comunicarse, escuchar a los demás, expresar lo que quieren, intentar entenderse entre ellos, interesarse por aquello que los otros proponen, controlar sus impulsos, ceder ante los intereses de los otros, luchar por que se tengan en cuenta los propios, resolver los conflictos y llegar a acuerdos. Además, el grupo permite que se exprese aquello que un niño en una atención individual o con su familia no expresaría. Esta característica, pensamos que tiene una gran potencialidad ya que puede dar la oportunidad de que compartan conflictos, preocupaciones, vivencias o deseos que en individual costaría mucho que apareciesen, movilizándose procesos de cambio terapéuticos que no se movilizan en una atención individual. Por ejemplo, aquellos niños que se muestran inhibidos en las sesiones individuales cuando se les ofrece un espacio grupal tienen la experiencia de vivenciar a través de los otros niños como sienten rabia, frustración, se enfadan etc. Es decir, el grupo permite la expresión de estos sentimientos de un modo menos culpabilizadora y más libre de censuras.

Este espacio de colaboración y de juego compartido propiciará que los terapeutas hablen sobre lo que lo va ocurriendo y sobre lo que pasa entre ellos al intentar jugar juntos. De esta manera darán cohesión al ayudarles a tomar conciencia de que comparten ideas, proyectos y emociones, a resolver las dificultades que se presentan en la colaboración y a contener el malestar en esas situaciones.

Además, si se ofrece una atención en grupo a los padres, también facilitará que se acerquen a otras experiencias alrededor de sus vivencias como padres, de la visión que tienen de sus hijos y de los problemas que presentan.

UNA MUESTRA DE NUESTRA EXPERIENCIA GRUPAL EN LA ATENCIÓN TEMPRANA. CONTENIDOS E IDEAS SOBRE LA FORMA DE INTERVENIR

A través del siguiente ejemplo nos gustaría transmitir y comentar el proceso que van haciendo un grupo de niños pequeños, que presentan algunas dificultades del desarrollo, hacia la relación y comunicación. También hacia la posibilidad de colaborar para conseguir jugar juntos y hacia el inicio del sentimiento de pertenecer a un “grupito de amigos”. Aunque también se podrá ver como

aparecen conflictos, lo cual es lógico, al intentar jugar juntos. Estas viñetas nos permitirán mostrar formas de intervención en las que las terapeutas han de ir variando su posición en relación a las necesidades de cada momento del grupo, adoptando diferentes niveles de participación e implicación en el juego, en los conflictos y en la ayuda a la comunicación entre ellos.

A continuación, presentamos un grupo cerrado de 6 niños con edades comprendidas entre los 3 y 4 años, conducido por una fisioterapeuta y una psicóloga. La interdisciplinariedad de las terapeutas aporta una mirada global que permite comprender el mundo interno del niño, integrando diferentes aspectos emocionales con el lenguaje corporal. La frecuencia de las sesiones es semanal, de una duración de 45 minutos a lo largo de un año.

La primera sesión se realiza conjuntamente con los padres e hijos donde se les ofrece un espacio para expresar sus dudas y preocupaciones. También para que todos conozcan el espacio en el que se desarrollará la actividad del grupo. A la vez se les transmite la importancia de la asistencia regular y se les comunica la existencia de un período de prueba para confirmar si el grupo es la ayuda más indicada. Las características comunes de los niños son: dificultad de relacionarse, sentimientos de inferioridad, poca tolerancia a la frustración, retraso en el lenguaje, ansiedades de separación, dificultades motrices leves o dificultades precoces en el desarrollo psicomotriz en el primer año de vida. El grupo se basa en el juego libre con materiales que facilitan la expresión a través del cuerpo y movimiento. Los intereses de los propios niños guían el hilo de cada sesión y los terapeutas ayudan que las ideas lleguen a todo grupo. El material está preparado y distribuido por la sala en tres espacios: la motricidad global (colchoneta, espejo, rulo y semicírculo), la motricidad fina (colores, pasta e hilo para enhebrar) y el de los juguetes (cocina, telas y piezas de construcción). Paralelamente también se ofrece a las familias la posibilidad de participar en un grupo de padres.

Hemos elegido una mirada centrada en la motricidad ya que está íntimamente ligada con la evolución emocional, intelectual y función simbólica (Aucouturier, 2005). A nivel evolutivo, el cuerpo es el primer lenguaje que se utiliza para expresarse. Partiendo de la idea que el tono muscular está estrechamente relacionado con la emoción, el bebé nota como es sostenido en los brazos de la madre y través de este intercambio corporal responde con reacciones corporales de acogida o de rechazo en el otro (Ajuriaguerra, 1993). Por tanto, el tono muscular tiene

una función de sostén, asegura el equilibrio del cuerpo y es el punto de apoyo de cada movimiento. La calidad tónica del niño determina cómo se siente a sí mismo, y cómo siente el mundo que le rodea (Coriat, 1974). Al ir incrementando la capacidad para simbolizar se irán desarrollando otras formas para comunicarse como el lenguaje. Cuando la simbolización no se ha desarrollado suficientemente, el niño continúa utilizando del lenguaje corporal para mostrar su mundo interno (Rota, 2015). Consideramos que la acción es una vía de expresión de aspectos no mentalizados que pueden angustiar y producir sufrimiento. Para favorecer la mentalización se hace necesario, por un lado, describir la acción del lenguaje corporal, y por otro dar un significado conectado con la emoción. Por ejemplo: describir las sensaciones del tono muscular, de rigidez, la dureza ligado con el sentirse frustrado, enfadado; describir sensaciones blandas, de dejarse caer relacionadas en ocasiones con sentimientos de tristeza y de desánimo. Este proceso permite la conexión entre sensación, emoción y pensamiento favoreciendo el desarrollo de la simbolización y crea las bases para la estructuración del yo corporal (Corominas et al, 1998).

Viñeta 1. El inicio: El tren se va construyendo.

Las primeras sesiones se caracterizan por las dificultades de tolerar la ansiedad de separación. Todos los niños van al jardín de infancia, por lo tanto, ya habían tenido una experiencia previa. Pero separarse de sus padres para iniciar una relación con niños que no conocían les seguía costando, tal como podemos ver en la siguiente viñeta:

“Anna no quiere entrar y su madre la acompaña sostenida en brazos hasta dentro de la sala. A Aitor y Jana los coge de la mano una de las terapeutas. Aina dice “la mamá” y cuando entra empieza a llorar. La consolamos y hablamos que separarse de los padres cuesta y nos hace sentir tristes. Anna le enseña un peluche conejito a Aina. Decimos que el conejito ayuda a estar sin los padres y a continuación Anna lo abraza”.

Es frecuente que al inicio se de una contradicción entre la atracción del grupo y el temor al grupo. También podemos observar como aparece la solidaridad y la empatía. Anna intenta tranquilizar a Aina cuando la ve llorar dándole su muñeco y, de alguna manera, este gesto inspiraría un tender la mano para decir que no está sola. Las terapeutas hablan de todo ello; verbalizan que no nos conocemos, que es nuevo y quizá nos asustamos o nos sentimos tristes. Por un lado, se sitúan “fuera” del grupo y sus comentarios describen el estado del

grupo, lo que siente y lo que hace. Por el otro, debido a la corta edad de los niños, también se hace necesario, en ciertos momentos, intervenciones de tipo individual para responder a la demanda de ser mirado, reconocido, calmado etc. El llanto de Aina y el consuelo que le ofrece Anna pueden ser compartidos por todo el grupo cuando las terapeutas crean un clima de tranquilidad y seguridad poniendo palabras a lo que están sintiendo. Son emociones normales y muy básicas, que el resto del grupo seguro también comparte: la angustia ante la separación y el consuelo. A través de Anna y Aina todo el grupo puede sentirse entendido y cuidado y empiezan a tomar conciencia compartida de lo que les pasa.



DIBUJO 1. Solidaridad. Solidarity

Viñeta 2. Las ansiedades de separación expresadas a través de la caída.

Un aspecto que nos gustaría destacar es la aparición del juego de caerse al inicio del grupo que podría estar relacionado con los temores ante una situación nueva en la que no tienen relaciones que les hagan sentir suficientemente sustentados:

“Jana se sube a la colchoneta y desde el cuadrado, como si fuera un gusano, se arrastra hacia abajo, sintiendo todo su cuerpo sobre una superficie firme y buscando notarse a sí misma. Las terapeutas describen el movimiento y los niños se ríen y la copian. Anna reproduce el mismo movimiento primero con el peluche conejito y después lo hace ella misma. A continuación, se sube al rulo y cae suavemente sobre la colchoneta. Los otros niños la imitan y van diciendo: ¡Ay, que me caigo!, mirando a las terapeutas y se ríen”.

El placer de dejarse caer aparece entre los 15 y 18 meses. Los niños juegan a caerse y se vuelven a levantar solos sin ayuda. Es un momento importante de su desarrollo motriz ya que han conseguido la estabilidad

y el equilibrio (Aucouturier, 2005). Este juego utilizando el cuerpo les ayuda a ir tomando más consciencia de ellos mismos lo cual contribuye a la formación del yo y a ir conociendo sus posibilidades y propios límites. En definitiva, creemos que vivenciar estas emociones en primera persona ayuda al desarrollo de la propia identidad y el proceso de separación – individuación. Además, en el grupo, comparten lo que les pasa a ellos mismos y lo que les pasa a los demás niños.

En la viñeta creemos que se refleja el juego de la caída para expresar la separación de los padres. Inicialmente hacen una caída controlando sus movimientos y sin despegue del cuerpo. Necesitan todavía una contención física de todo su cuerpo durante la caída. Por tanto, es una de las pruebas de que la separación se está consolidando e indica que el niño puede vivir la sensación de abandono sin experimentar que sea demasiado intensa.

Viñeta 3. La historia del grupo se va construyendo. Primeros juegos y experiencias compartidas.

Los inicios de los grupos son importantes porque permiten entender cómo responde cada miembro ante una situación común para todos. Siguiendo a Pavlovsky y Abadi (1980), las primeras sesiones tienen una gran influencia sobre el resto del tratamiento. El grupo en formación aún no tiene historia. Se va construyendo y las terapeutas, básicamente, van creando un espacio seguro a través de una función de contención, es decir, escuchan “activamente” y hablan de modo directo (Torras de Beà, 1996), teniendo en cuenta el tono de voz, el lenguaje a utilizar, etc.

Otro aspecto a señalar, es que pedimos a las familias que traigan calcetines antideslizantes para cada sesión. A continuación, exponemos una viñeta:

“Comentamos que Aitor ya se ha sacado los zapatos antes de entrar. Los niños están sentados, muy cerca unos de otros, se van quitando los zapatos a medida que van hablando de sus calcetines; de los colores, dibujos etc. Las terapeutas se quitan también los zapatos y se entretienen en describir los calcetines de los niños prestando atención a cada uno”.

Los calcetines han sido algo que les ha dado seguridad para no caerse, que traen de casa y sus padres les han preparado. Y a la vez, forman parte de la rutina compartida al empezar las sesiones ayudándoles a prepararse para el proceso de separación actuando como objeto transicional. Sería una manera de ir construyendo cierto sentimiento de identidad de ellos mismos, entendiendo que pies y los

calcetines podrían simbolizar algo de su “yo”. El grupo se va afianzando a través del reconocimiento de cada uno de los miembros y de lo que empiezan a compartir.

Viñeta 4. Construyendo la confianza en el reencuentro y la confianza para expresarse en el grupo. El viaje ya está en marcha.

Los juegos de esta primera etapa son pre - simbólicos y se caracterizan por las ausencias (esconderse – ser encontrado, aparecer – desaparecer). Los niños van tomando consciencia de su cuerpo sin la presencia del otro. Buscan, crean un espacio propio y juegan a que el otro lo reconozca. Más adelante se tapaban juntos debajo de las mantas expresando cierta necesidad de compartir emociones, intereses y preocupaciones comunes, como la separación y necesidad de confirmar que me encontrarán. En la misma línea, empiezan a decir palabras “prohibidas” recogidos por una colchoneta buscando un límite físico que les trasmite seguridad y contención.

“Aina y Jana se esconden y dicen “pipi” y “caca”. Una terapeuta le comenta a la otra que ha oído una voz diciendo “pipi” y “caca”. El grupo se ríe y se añaden dos niños. Decimos que son palabras que hacen reír, que en el cole no se pueden decir y aquí dejamos. Aina dice que en el cole no se hacen tonterías”.

Este juego se repite en diferentes sesiones y produce muchas carcajadas manifestando la confianza de decir aquello que no se puede decir en otros entornos y a ver qué pasa. Los terapeutas aquí no están interviniendo fuera del grupo, recogen el interés y si hace falta se implican en el juego como uno más. Otra forma de intervención a destacar es el diálogo que se establece entre la pareja de terapeutas como un modelo con el que los niños se pueden identificar. Tendría que ver con esta capacidad de observar y de hacerse preguntas en voz alta abriendo espacios para favorecer la comunicación y el pensamiento.

Viñeta 5. Primeros desencuentros. Desajustes y reajustes en el grupo.

En el grupo ya hay una idea de jugar juntos, pero todavía no hay una gran colaboración. Esto se puede observar, por ejemplo, en que aparecen juegos de identificación con personajes ideales, superhéroes, que no necesitan de los demás etc. Cuando los niños se implican como personaje suele ser la vía más fácil para realizar un juego creativo y para entrar en contacto con los otros. Es el nivel de juego en el que comparten experiencias y disfrutan en el aquí y ahora de la sesión. El lenguaje, generalmente en proceso

inicial de su desarrollo, todavía no es la vía principal para comunicarse con los iguales. Ante estas dificultades para colaborar y jugar juntos, las terapeutas hacen propuestas o sugerencias para llevar a cabo alguna actividad que piensan que puede ser viable y enriquecedora partiendo de sus intereses y participando en el juego de los niños. Pero, a la vez que van aumentando los intentos de colaboración entre ellos aparecen los conflictos:

“Aina insiste que la comida está lista y los otros niños dicen que no quieren. Comentamos que a veces nos pasa que queremos jugar a una cosa y los otros niños no quieren y se pasa mal. Aina escucha muy atenta y asiente con la cabeza”.

Esta intervención, aunque parte de la situación de una niña, se lleva al grupo como un problema general. Describe el estado, lo que siente, lo que hace en relación a los otros miembros y al grupo en su totalidad. De hecho, toda intervención dirigida a un niño influye en los demás.

En otros momentos el terapeuta actúa como “altavoz”, ayudando a conseguir que llegue el intento de comunicación de un niño al grupo. Por ejemplo, cuando surge una propuesta como el juego de los “Los tres cerditos” el terapeuta para asegurarse que llega a todos repite la idea y, si hace falta, añade algún elemento para facilitar el juego. En este sentido, Forcén y Moreno (2015) aportan el concepto de “matriz grupal agujereada” en los grupos de terapia de niños y adolescentes con trastorno mental grave. Describen que muchas de las ideas que se dan en el grupo pueden caer en saco roto por las dificultades de relación y comunicación que presentan los niños ya sea porque lo viven de una manera amenazante, porque se contagian fácilmente con las emociones de los otros etc. De esta manera, proponen la necesidad de crear una matriz auxiliar (pg. 71): “... actúa como continente de experiencias y significados del grupo, al tiempo que fomenta, orienta y media en la relación entre los participantes, traduce los fragmentos débiles y/o distorsionados de la comunicación, zurece los agujeros del discurso grupal aportando significados comprensibles a aquello que está pasando y tolera las oscilaciones entre la participación y el aislamiento...”.

Otro problema al que se enfrentan los niños que participan en el grupo es que, en ocasiones, para conseguir entenderse con el grupo puede que sea necesario renunciar a los propios intereses e incluso bajar el nivel de complejidad del juego. Este ajuste es, en ocasiones, una contrapartida necesaria para adaptarse al grupo.

A continuación, exponemos una viñeta ilustrativa de las ideas anteriores:

"Anna nos enseña sus calcetines y una terapeuta recuerda que al grupo nos gusta mirar los calcetines de los niños. Aina dice que no quiere quitarse los zapatos: ¡estoy cocinando y ya está preparado! Va llevando toda la comida sobre la mesa y vuelve a insistir: "la comida ya está". Hablamos que Aina ya ha hecho la comida y preguntamos quien tiene hambre. Boris dice que no y le pregunta a una terapeuta si tiene hambre. La terapeuta contesta que sí y que quiere comer. Boris contesta que no, que ha comido en casa. Decimos que no comemos de verdad y Aina añade: ¡comemos de jugar!".

Aina tiene un nivel de simbolización por encima del resto del grupo. Por un lado, aporta muchas ideas creativas y favorece un juego rico. Pero en ocasiones parte del grupo no la entiende y su propuesta no es seguida por los demás. Por otro lado, suele colocarse en el rol de madre que cuida, prepara la comida y castiga, con dificultades de expresar emociones de dependencia y necesidad de ser cuidada. En este sentido, el grupo le ofrece la experiencia de poder variar y no quedar encasillada en un papel o en una vivencia. También crea un espacio en el que se puede probar y ver lo que hacen los otros. El terapeuta también ha de ser espontáneo y dar respuestas al aquí y ahora desde lo que le sugiere la situación. Hay terapeutas que basan la mayor parte del trabajo en la conversación, incluso con niños muy pequeños. Personalmente nos parece importante y creativo que el terapeuta "invente" la técnica para cada grupo, y que la vaya modificando siguiendo la inspiración de éste (Torras de Beà, 2013).

Viñeta 6. Vuelve la caída, pero ahora asociada a la satisfacción del dominio del cuerpo.

Las ansiedades de separación van pasando a segundo plano y se ponen de manifiesto otras angustias que se continúan expresando por vía corporal con juegos sensoriomotrices como: equilibrios, giros, saltos, trepar, balanceos, buscando de esta manera la experimentación de su competencia motriz. La sensorio motricidad acompaña al niño durante las diferentes etapas evolutivas de juego, como en los juegos de reaseguramiento, los citados anteriormente, que proporcionan sensaciones más internas y propioceptivas. El niño realiza un movimiento global integrando lo motriz y lo emocional:

"Aina propone coger el cuadrado y dice que no se puede pisar la colchoneta porque quema, hay lava y que es un volcán. Los niños empiezan a saltar desde el cuadrado hacia la colchoneta. Boris exclama: ¡qué voy! Y se espera antes de saltar. Es un juego de mucha emoción y

vamos describiendo la sensación de que los pies queman y del peligro. Entonces Jana coge una manta y la pone encima de la colchoneta. Una terapeuta dice que parece una protección y Aina añade que así no se queman. Boris se sitúa encima del cuadrado, pica con los brazos y dice que están haciendo obras, que hacen mucho ruido y no se puede saltar. Esperamos y después nos informa que ya se puede saltar. Observamos que Boris, a menudo, exclama que hay peligro: ¡quita los pies que queman!".

Con la maduración del juego de la caída aparece el salto en profundidad; es una sensación que permite a los niños experimentar un gran bienestar a nivel cinestésico, donde se pierden los apoyos y referentes espaciales. Se experimenta el placer de volar como una manifestación de la omnipotencia mágica del desarrollo individual y es un medio para manifestar la voluntad de poder y el placer de ser uno mismo (Aucouturier, 2005).

En la viñeta se describe un momento grupal en el que comparten un juego que todos están interesados. Parece que el grupo se siente lo suficientemente contenido para tomar riesgos y motrizmente arriesgarse también con el movimiento. Pero a veces tomar riesgos asusta y puede aparecer el miedo a la incertidumbre. A continuación, surge la necesidad de apaciguar estas angustias expresadas con la manta que protege o unas obras que obligan a parar y ofrecen la sensación de control. Las intervenciones de las terapeutas están encaminadas a dar seguridad verbalizando los miedos y los recursos que se utilizan para hacer frente. También se observa cómo, en este momento, los miembros del grupo hacen aportaciones dirigidas a un mismo fin añadiendo ideas y acciones, pero respetando las de los compañeros. El ritmo ya podría parecer el de una conversación.

Viñeta 7. El destino y el equilibrio ante las diferencias. La creatividad dentro del grupo.

En otra etapa más avanzada, van desarrollando el juego del tren y se convierte en algo que disfrutan juntos y les da una identidad grupal. Presentamos una viñeta justamente antes de vacaciones de verano:

"Jana propone que la colchoneta es un tren. Aina llama: ¡pasajeros! Los niños se sientan y les proponemos que se cojan de la cintura del otro. Anna es la única que no se sube al tren y observamos que se agarra todavía más fuerte al bolso que ha traído de casa. Una terapeuta le pregunta si quiere mirar el tren con ella y Anna dice que sí y se sienta sobre sus piernas. Aina dice que se van de vacaciones y Bruno añade que pasan por un túnel.

Aina pregunta: ¿estáis todos listos? Parece que no contestan y después de una breve pausa exclaman: ¡sí! Y la otra terapeuta los arrastra moviendo la colchoneta hacia delante y hacia atrás”.

Antes de la separación del verano juegan a que se van de vacaciones. El grupo sabe de su continuidad y de las interrupciones que le suceden. Hay una niña que se sitúa fuera y parece que no está preparada para unirse al juego del tren. Una terapeuta le propone observar conjuntamente transmitiéndole que puede estar en el grupo de esta manera. Así, seguramente, ya no se sentirá fuera del grupo. En gran parte, depende de cómo lo sintamos nosotros; hay niños más observadores, otros más actuadores e impulsivos, o más obsesivos pero cada uno aporta algo diferente y personal al grupo. Que un niño no participe en la práctica de la actividad no quiere decir que esté fuera, participa de otra manera. Además, si las terapeutas no lo pierden de vista y lo siguen mentalmente, intentando entender que le está pasando, el niño se sentirá recogido y entendido y esto facilitará que se incorpore al juego más adelante.

En este juego los niños tienen una actitud motriz más estática de dejarse llevar con el arrastre pasivo de la colchoneta. Pero a la vez activan su musculatura para evitar el desequilibrio y consecuente caída. Notan su cuerpo a través de la acción del otro. Aparecen simultáneamente sensaciones propioceptivas y exteroceptivas que provocan la estimulación laberíntica para no perder el equilibrio. Con este dejarse llevar muestran una total confianza en las terapeutas.

A lo largo del proceso terapéutico, el tren sigue evolucionando y se convierte en un rulo donde emergen juegos de equilibrio y reaparece la caída. Observamos cómo van aportando ideas creativas: construyen una estación, cogen comida de la cocina para llevársela,

utilizan objetos que simbolizan trenes y hablan de las diferencias (rápidos - lentos, de pasajeros - de carga). Principalmente interaccionan entre ellos, pero a veces cada uno va por una vía diferente. En estos momentos el equilibrio, balanceo y saltar son los protagonistas. A menudo el deseo de balancearse proporciona el deseo de la regresión y de ser envuelto por el ritmo (Aucouturier, 2005). También el control del propio cuerpo, de la caída y ponerse al límite, pero no caer. Es importante destacar que lo están vivenciando juntos y nos preguntamos si estarán expresando o poniendo a prueba el equilibrio del grupo.

Viñeta 8. Mayor implicación y colaboración del grupo. Aparece la competitividad, la rivalidad. Lo que los une y lo que los diferencia.

Llegados a este punto del viaje, el grupo expresa interés por llegar a las distintas destinaciones; hay niños que bajan en una estación y otros se quedan. Se empiezan a diferenciar y simultáneamente aparecen los conflictos: la envidia, la competitividad (ser el primero, ser el conductor) y a la vez se va desarrollando sentimiento de empatía: todos nos enfadamos, a veces nos ponemos tristes, hay cosas que dan rabia. Las intervenciones de las terapeutas están al servicio de convertir la experiencia de conflicto en experiencia dialogante (Torrás de Beà, 1996) y van encaminadas a la resolución de conflictos que los mismos niños no pueden resolver. Describimos una situación muy habitual:

“Todos quieren ser el primero en salir y Boris empuja a un niño buscando sitio delante de la puerta. Decimos que no nos podemos hacer daño, que todos quieren ser el primero y hace enfadar no serlo. Proponemos pensar una manera y preguntamos si quieren hacer la canción de “Una plata d’enciam” y a quien toque será el primero. Se muestran contentos con la idea y, espontáneamente, se sientan todos al suelo y cantamos juntos”.

Sentimos que se hace necesario marcar límites para dar seguridad. El tipo de intervención es directiva, ayuda a regular las emociones y no dejar que el grupo quede atrapado en un estado de excitación. Se ofrece una salida; un juego más estructurado, como por ejemplo podría ser el dibujo, y otra manera de representar el conflicto y expresar las emociones. Cabe decir que “Una plata d’enciam” fue un momento de reunirnos y prepararnos para despedirnos con los zapatos ya puestos creando un espacio dónde hablamos de lo que ha pasado durante la



DIBUJO 2. El tren. The train

sesión.

Otro aspecto que nos gustaría resaltar en la viñeta es que hay un niño que empuja y hace daño a otro. Aquí las terapeutas tienen cuidado de no juzgar ni señalar las dificultades de un niño en el grupo. En niños impulsivos pueden pensar que son los malos y el grupo depositar la agresividad en él. En niños inhibidos puede provocar vergüenza, humillación, sentirse descubierto y criticado ante el grupo.

Viñeta 9. La casa - grupo como protección ante la agresividad y donde se puede jugar a ser agresivo.

A través de los juegos observamos como el grupo va tomando forma de una gran familia. Los niños dramatizan ser familias de tigres, de mamás y papas que tienen que cocinar, que se van al trabajo y cuando es la hora de dormir, etc. La siguiente viñeta se sitúa hacia finales del proceso terapéutico:

“Bruno coge la colchoneta y quiere construir una casa más grande para jugar a Los Tres Cerditos. Aitor hace de lobo malo y se come a los otros cerditos. Observamos como provoca al grupo y busca que lo agredan. Hay una cierta confusión y miedo. Una terapeuta decide quedarse dentro de la casa como cerdito y la otra dramatiza que es el lobo con Aitor. Después, Aitor dice que quiere ser un cerdito y entra en la casa con los demás”.

Las terapeutas observan que el grupo está asustado y dan vía para poder jugar el miedo. Ambas van dramatizando emociones: la vulnerabilidad, la omnipotencia, el enfado etc. Intervienen participando en el juego de los niños “casi como uno más” y a la vez los acompañan; una con los cerditos a contener los sentimientos de miedo y desamparo y la otra con el lobo ayudando a representar y regular la agresividad.

Viñeta 10. La despedida. ¿Qué se llevan de la experiencia grupal? Los pasajeros van llegando a la estación.

Preparamos para el final del destino e ir llegando a la estación ha sido todo un reto para los niños y, también, porque no decirlo, para las terapeutas. No queríamos terminar este viaje y sentíamos que nos faltaba tiempo, que todavía quedaban aspectos para conocer y descubrir. Fue el mismo grupo quien nos ayudó a reconocer lo vivido para decir “adiós” a una buena experiencia y decir “hola” a otras futuras experiencias grupales, en el colegio, amigos, familia y, en definitiva, a diferentes entornos

naturales (Vilas, 1998). La viñeta escogida muestra cómo nos lo hicieron saber:

“Aina nos explica que hay dos trenes y que si te caes de uno te montas en el otro. Comentamos que Aina tiene una idea. Preguntamos cómo jugábamos con este tren y Bruno contesta juntos. Colocan una colchoneta en el suelo para hacer el tren que arrastramos y al lado un rulo grande donde se sientan todos los niños que es el tren donde hacen equilibrios y se caen todos juntos. Los niños se interesan por las diferencias de los trenes; alto - bajo y rápido - lento. Recordamos que en sesiones anteriores hemos jugado mucho al tren. Pronto será la hora de recoger y anticipamos que nos diremos adiós. Bruno chilla estridentemente fuerte: ¡nooooo! Aitor, con cara asustado, se tapa las orejas y empieza a sollozar. Decimos que cuando nos lo pasamos bien cuesta despedirnos y que en el grupo hemos visto que nos enfadamos y nos ponemos tristes”.

Pensamos que estos dos trenes representan el inicio y el final del grupo; con el juego de arrastrar el tren empezamos a jugar y con el tren grande de los desequilibrios acabamos. Nos están diciendo que han crecido, que han pasado ser de pequeños (más dependientes pues necesitaban ser llevados por la terapeuta) a ser más grandes. A nivel motriz hay una importante evolución; el primer tren era arrastrado y más pasivo. El tren del final busca el equilibrio, se cogen unos con otros para aguantarse y disfrutan cuando se caen juntos. Las caídas del principio también son diferentes a las del final: las del inicio tenían que ver con la separación y ahora representaría la confianza en el grupo y seguridad en sí mismo como individuo. La intervención realizada por las terapeutas recuerda las sesiones anteriores y sitúa temporalmente en su historia como grupo y en el aquí y ahora.

Una de las maneras que utilizamos para ir preparándonos para la despedida ha sido a través de la representación gráfica. Realizamos un calendario sencillo dibujado con los niños indicando los días que nos faltaban. Necesitaban hablar de la despedida, era un momento de hacer grupo y nos permitía observar como la iban viviendo. El último día, escribimos el nombre de los niños y también el de las terapeutas como una manera concreta de representar el grupo con todos sus miembros. Pensamos que justamente en el momento de acabar, la individualidad vuelve a jugar un papel importante, pero a la vez también se llevan una experiencia grupal y observamos que, por primera vez, algunos niños (Bruno, Anna y Aitor) pintan juntos en la pizarra.

ASPECTOS PRÁCTICOS. INDICACIONES Y EL COMPROMISO DE LA FAMILIA. ELEMENTOS QUE CONDICIONAN LA ELECCIÓN DE NIÑOS PARA PARTICIPAR EN EL GRUPO

A partir de la experiencia de realizar grupos terapéuticos de niños pequeños en el CDIAP hemos podido observar que, a pesar de la variedad que puede haber en las características de estos grupos y en su forma de funcionar, se suelen mantener una serie de constantes en sus objetivos y en su evolución. La variedad a la que nos referimos tiene que ver con la edad de los niños, con su madurez de desarrollo, con la presencia de algunos trastornos y con el estilo de los terapeutas. La edad y la madurez cognitiva, comunicativa, motriz y emocional son importantes porque suelen permitir al grupo implicarse pronto en juegos compartidos con mayor nivel simbólico. Esto favorece la expresión de sus ideas, de sus intereses y de sus dificultades y facilita que disfruten jugando juntos de manera que el grupo puede cohesionarse antes.

El carácter de los niños también condiciona el desarrollo del grupo. La presencia de niños muy impulsivos o agresivos que toleren poco los límites, puede llevar al grupo a situaciones de mucha excitación o de fuertes conflictos entre los niños, generando inseguridad y dificultando la comunicación y la cooperación. Los niños muy inhibidos, al no poder implicarse activamente y aportar sus ideas, pueden fomentar desánimo y un cierto empobrecimiento del grupo.

La selección de los participantes del grupo es importante pero también conviene tener en cuenta que el grupo no será la suma de sus miembros, sino que tendrá una personalidad propia. Es difícil prever cual será la manera de ser de un grupo de niños pequeños hasta que no lleva un tiempo funcionando. Es frecuente, además, que la situación grupal desvele ansiedades o capacidades en cada uno de sus miembros que no habíamos observado en el funcionamiento familiar o en la atención individual y nos sorprenda. Esto, que puede ser visto como una complicación también será una oportunidad de conocer mejor y de forma más completa, a cada uno de los niños que participan aportando valor diagnóstico a la propuesta de atención grupal.

Como decíamos, esta diferencia en la personalidad de cada grupo no impide que observemos elementos comunes a todos ellos. Gran parte de estos elementos comunes tienen que ver con la edad. Estos grupos suelen

variar entre los casi tres años y los cinco años. Pero cada vez son más frecuentes los grupos de niños que se inician alrededor de los tres años. La utilización de estos grupos ha dejado de ser el “final” de la intervención en el CDIAP y está pasando a ser una alternativa en cualquier momento del proceso de atención. En estas edades los niños se interesan por sus iguales, pero todavía les cuesta compartir, separarse de los padres y puede que teman las reacciones de los otros niños. En las primeras sesiones se suelen dar pocas interacciones entre ellos. En esos momentos, el miedo y la inseguridad ante la nueva situación se convierten en uno de los elementos centrales. Como contrapartida también podemos ver como empiezan a interesarse por los compañeros y por sus actividades. Es un momento privilegiado para ver cómo responden a esta nueva situación, que es igual para todos, y podemos empezar a intuir cual será el papel que jugará cada uno. Poco a poco irán confiando y empezarán a relacionarse entre ellos y, con la ayuda de los terapeutas, compartirán juegos y colaborarán. Pero al aumentar la relación entre ellos también aparecerán los conflictos. Se disputarán el material, querrán ser el primero o tendrán que soportar que el grupo no quiera seguir el juego que alguno de ellos propone. Es probable que pongan a prueba los límites y también que aparezca mucha excitación al jugar llevando al grupo a situaciones difíciles de controlar. Se pueden producir momentos de agresividad que hay que entender y controlar. En general, los grupos de niños suelen ser muy intensos y ruidosos. Pero también se presentarán dificultades relacionadas con aquellos niños que se inhiban y tiendan a no participar.

En estas edades, creemos que el terapeuta ha de ayudar a que el grupo vaya organizándose y a que puedan jugar juntos. Ante las situaciones de desorganización o de agresividad, los terapeutas es probable que se sientan desbordados y que les cueste entender lo que le está pasando. Seguramente sentirán parte de la ansiedad que les traspasa el grupo y será importante que puedan calmar y reconducir la situación. Cuando puedan empezar a jugar y a disfrutar, los terapeutas sentirán que están consiguiendo alcanzar los objetivos del grupo: jugar juntos, ayudarse, transformar el conflicto en diálogo, etc. O sea, el grupo estará realizando la tarea esperada. Sin embargo, los conflictos, la excitación, la agresividad, los celos, la envidia o la inhibición, serán sentidos, con razón, como obstáculos para conseguir un buen funcionamiento en el grupo. Esto es verdad, pero conviene no olvidar que esas dificultades que se expresan, que interrumpen y dificultan la realización de su objetivo de jugar juntos,

son también la tarea del grupo. Por ello es importante entender estos conflictos como objeto privilegiado de nuestra atención. Lo importante será lograr que se puedan reconducir encontrando otras formas de expresión como el juego, el dibujo o la verbalización. Con la ayuda de los terapeutas, el miedo puede dar paso a juegos en los que el grupo se protege del peligro que coloca fuera, por ejemplo, en la figura de un lobo. Pero también pueden probar a ser el lobo, el dragón o el cocodrilo. Así jugarán la voracidad y la agresividad y colaborarán en la construcción de casas o castillos donde resguardarse. El grupo habrá podido dar una forma aceptable a algo que momentos antes parecía molestar a todos e interrumpir los intentos de construir un juego en común.

Resumiendo, podríamos decir que la “tarea” de un grupo de estas características es “jugar juntos” y que las dificultades que se van dando para conseguirlo son la “anti - tarea” (Bion, 2004), pero que esta “anti - tarea” es también la “tarea” del grupo.

Cómo ayudar

Hay que tener en cuenta que los niños pequeños necesitan ayuda para colaborar no solo por las dificultades que presentan sino, también, por su inmadurez. En el material presentado anteriormente se han ido mostrando algunas formas de ayudar al grupo: se recogen iniciativas y se ayuda a transmitir las al resto del grupo que de otra manera serían ignoradas; se anima a participar; se ayuda a expresar lo que siente el grupo o lo que sienten sus miembros en las interacciones que se van dando; se lidera el juego haciendo propuestas y participando activamente cuando hace falta; se ponen límites; se acoge y se calma el malestar; etc.

Los límites del grupo y en el grupo son un tema importante. Es importante que los niños y los padres conozcan estos límites, por ejemplo, a qué hora empieza el grupo y a qué hora se acaba o que está permitido en la sesión y que no. El estilo de los terapeutas condicionará las fronteras de estos límites, pero también lo hará el carácter del grupo haciendo que los terapeutas se muestren más o menos flexibles.

Estos grupos de niños pequeños también generan dudas en los terapeutas en cuanto si han de intervenir más o menos activamente. Si los terapeutas proponen los juegos y participan mucho, pueden sentir que condicionan demasiado la actividad del grupo limitando el despliegue de los intereses de los niños y de sus capacidades. Pero, si no intervienen, es posible que el grupo se disperse excesivamente y no consiga aglutinarse alrededor de

ninguna propuesta de juego. Nosotros creemos que en estas edades los terapeutas han de ser activos, impulsar y participar en los juegos cuando sea necesario, pero que han de escuchar los intereses y ansiedades que expresa el grupo y encontrar el momento de ir retirándose a un segundo plano observando y verbalizar desde una posición más externa.

Podríamos esquematizar en seis pasos la forma y el proceso como los terapeutas ayudan a jugar. Los tres primeros aglutinan al grupo y los tres últimos ayudan a que funcionen los niños como grupo y a jugar juntos:

1. Se parte del interés y la ansiedad predominante en el grupo, expresada o no con claridad, por uno o varios de sus miembros.
2. A partir de este elemento, que se intuye que puede interesar al grupo, se ayuda a organizar una actividad, como: construir un tren, una casa, un tobogán, un camino, un coche, etc. También puede ser un cuento o dibujos. El terapeuta aumenta su actividad y su liderazgo. Se implica activamente en el juego y a la vez anima a los niños que se quedan fuera a que participen.
3. Cuando consiguen jugar juntos, lo importante es que comparten una emoción. Esta experiencia es lo que los hace grupo.
4. Se recogen las comunicaciones de los niños, sus iniciativas, sus expresiones individuales en el grupo que surgen a partir de la actividad.
5. Se ayuda a vehicular estas iniciativas de los miembros. Desarrollar, ampliar el juego y facilitar el diálogo entre ellos y con los terapeutas.
6. Ir retirándose en la medida de lo posible dando paso a los liderazgos que puedan surgir entre ellos.

Indicaciones y contraindicaciones

Los criterios para participar en este tipo de grupos tienen que ver con la capacidad de los niños de relacionarse con los iguales y de sentirse pertenecientes a un grupo. Las indicaciones de lenguaje y motricidad son secundarias; todos los grupos comparten algo inicial y básico que es la cooperación y la comunicación. Se valora las dificultades personales que entorpecerán las relaciones interpersonales y a la vez los recursos que permitirán disfrutar jugar conjuntamente y desarrollar la creatividad. Arias y Torras de Beà (2010, pp. 136) consideran que la “fórmula” para indicar es la siguiente: “...es indicado para grupo el niño que, necesitando tratamiento psicoterapéutico, puede beneficiarse de esta modalidad terapéutica y permitir que los otros niños se beneficien también, o sea, que el

grupo funcione...”. Excluye a los niños excesivamente actuadores o agresivos o con un claro problema psicótico. Esta formulación es válida también para los grupos de padres.

Según nuestra experiencia en Atención Precoz, a la hora de hacer las indicaciones casi siempre se nos ha colado algún que otro niño con rasgos psicóticos que, o bien porque se ponen de manifiesto en la situación grupal y en la atención individual no, o quizá porque el terapeuta no se había percatado durante el tratamiento debido a la temprana edad. En este sentido, el terapeuta se puede llegar a plantear si el grupo se beneficia de un niño que necesita de un acompañamiento y atención casi individual. Consideramos que, aunque son experiencias terapéuticas que requieren mucho esfuerzo y poca gratificación, posibilitan que los niños sean testimonios de cómo cuidar e intentar dar significado a esas partes más frustrantes de uno mismo, impulsivas y patológicas, que de hecho todos tenemos.

La familia



DIBUJO 3. Familia. Family

Nos referimos a la capacidad de compromiso y comprensión por parte de la familia de la necesidad de ayudar al niño y de las posibilidades que ofrece el trabajo en grupo. Pero, ¿Cómo atendemos a la familia?, ¿Cómo hacemos el seguimiento individual de las familias? y ¿Por otros terapeutas o por los terapeutas del grupo?

Los grupos de niños a estas edades, tal y como hemos ido comentando, expresan ansiedades primitivas y emociones poco mentalizadas. Es importante que los padres dispongan también de un espacio para compartir sus preocupaciones y ofrecerles un acompañamiento y sensibilización en la crianza de sus hijos. Nuestra experiencia con los grupos paralelos de padres nos ha permitido observar que las emociones expresadas a través

del juego en el grupo de niños a la vez son verbalizadas en el grupo de padres actuando, inconscientemente, como un vaso comunicante entre ambos. Como, por ejemplo, cuando los padres hablan de los miedos de sus hijos y de cómo poder ayudarlos, al mismo tiempo los niños dramatizan en la sesión grupal que son fantasmas y se disfrazan con sábanas expresando la necesidad de ser fuertes y a la vez encontrar a alguien que los proteja delante del peligro.

Cuando el grupo paralelo no es posible, se hace necesario pensar de qué manera seguir atendiéndolos al inicio, mitad y final del grupo: ya sea a través de entrevistas con los terapeutas del grupo, entrevistas con el terapeuta de referencia o sesiones grupales con los niños y los padres.

Y PARA CONCLUIR

El grupo terapéutico en Atención Precoz puede suponer una experiencia diferente de la que el niño tiene en la familia y en la escuela e intermedia entre ambas. Es indicada para desarrollar diferentes aspectos del desarrollo y facilitar la relación y comunicación. Y de esta manera, puede ayudar al niño a situarse mejor en el grupo grande que tiene en la escuela aprovechando las posibilidades que ésta le ofrece.

Estos grupos suelen generar en los terapeutas mucha tensión emocional y temores: a la incertidumbre de no saber que pasara; a que no venga nadie o casi nadie al grupo; a que se hagan daño; a que no se entiendan y no consigan jugar juntos; a que los conflictos no se resuelvan y se produzcan agresiones o roturas; al descontrol; a no comprender lo que pasa en el grupo y lo que se está expresando; a sentir que no se llega a todo lo que va pasando y/o a que la comprensión de lo que ocurre en el grupo y la respuesta de las terapeutas vaya un ritmo demasiado lento comparado en la velocidad en que las cosas van sucediendo. En cualquier caso, el terapeuta duda sobre cómo se consigue que una idea resuene en el grupo. ¿Qué hace que los miembros se interesen por algo y lo sigan?, ¿Por qué luego lo cortan?, ¿Por qué el grupo no pueden interesarse por una idea de uno de sus miembros?, ¿Por que es nueva?, ¿Por que no es suya? y ¿Por que no les interesa? Una de las herramientas terapéuticas utilizadas es la contratransferencia entendida como la capacidad del terapeuta de estar en contacto con su mundo interno y darse cuenta de las emociones que el grupo le provoca. En cualquier caso, siempre permanece el sentimiento de responsabilidad ante los padres y ante el equipo.

Finalmente, recordar que es conveniente que las terapeutas dispongan de un espacio de reflexión después del grupo donde se pueda pensar, transcribir y compartir. Al final de cada sesión, recomendamos poner un título ilustrativo que describa lo que ha pasado como una manera de sintetizar o resaltar aquello que consideremos importante. Durante la sesión cuesta ligar lo que ocurre entre los diferentes participantes. Por lo tanto, se necesitan espacios de análisis y, si se puede, de supervisión y formación.

Foulkes (2005, pp. 98): "...El grupo, por consiguiente, respeta y apoya la emergencia y el libre desarrollo de la individualidad, y el tratamiento grupal no tiene nada que ver con hacer que la gente marque el paso al unísono. Todo lo contrario, un buen tratamiento grupal – al desarrollar un buen grupo – hace que ambos procesos vayan de la mano: el reforzamiento del terreno común y el desarrollo más libre de las diferencias individuales..."

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agulló, R. (1999). *Trabajo en grupo en psicología infantil. Una experiencia exploratoria y diagnóstica: El Grupo Aladino*. Barcelona: PPU.
- Ajuriaguerra, J. (1993). Ontogénesis de la postura. Yo y el Otro. *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 45, 19-20.
- Arias, E. y Torras de Beà, E. (2010). Psicoterapia grupal con niños, adolescentes y familia: el desarrollo de una experiencia. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 0 (1): 130-41.
- Aucouturier, B. (2005). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Graó.
- Bion, W. (2004). *Experiencias en grupos*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Camps, C. (2007). El diálogo tónico y la constitución de la identidad personal. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 25. Vol. 7(1), 5-30.
- Cid, D.; Clusa, R.; Coromines, J.; Houzel, D.; McSmith, C.; Meltzer, D.; Sánchez Vega, J.; Subirana, V.; Tabia, C. y Villanueva, R. (2003). *Clínica institucional con niños y adolescentes psicóticos*. XX Aniversario del Centro Terapéutico Bellaire. Barcelona: GEPI.
- Coriat, L. (1974). *Maduración psicomotriz en el primer año del niño*. Buenos Aires: Hemisur S.R.L.
- Corominas, J., Farré, L., Martínez, M. y Camps, N. (1996). *Psicoterapia de grupo con niños. Una experiencia de psicoterapia psicoanalítica aplicada a la enuresis*. Barcelona: Paidós.
- Corominas, J. (1998). Treball clínic de grup amb psicòtics adolescents. En, *Clínica institucional con niños y adolescentes psicóticos*. XX Aniversario del Centro Terapéutico Bellaire. Barcelona: GEPI.
- Foulkes, S.H. (1948). *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups*. London: Heinemann.
- Foulkes, S. H. (2005). *Introducción a psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona: Cegaop Press.
- Forcén, M. y Moreno, A. (2015). ¿Qué sucede en los grupos con trastorno mental grave? Comprender la matriz grupal agujereada. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 59, 69-73.
- Maspons, G., Carreño, A., Fornells, C. Pérez, M. y Artigue, J. (2016). El lenguaje y la maduración emocional. ¿Cómo lo trabajamos en grupo? *Psicopatol. salud ment*, 27, 39-48.
- Pavlovsky E. y Abadi M. (1980). Una experiencia de psicoterapia grupal: la coterapia. *Clínica Grupal I*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.
- Rota, J. (2015). *La intervención psicomotriz: de la práctica al concepto*. Barcelona: Octaedro.
- Salvador, G. (2009). *Familia: Experiencia grupal básica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer. Paidós.
- Torras de Beà, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Torras de Beà, E. (2013). *Psicoterapia de grupo. Para niños, adolescentes y familias*. Barcelona: Octaedro.
- Vilas, T. (1998). El paper del grup terapèutic amb nens de famílies desestructurades. VII Jornades sobre trastorns a la infància: "La família factor de ris factor de protecció". Col·legi de Psicòlegs de Barcelona.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los originales se enviarán por correo electrónico en tamaño DIN A-4 y deberán estar escritos con un inter lineado de 1,5; con letra Times New Roman, tamaño 12 y sin numerar. Su extensión máxima será de 25 folios incluyendo el texto, bibliografía, tablas, dibujos, figuras y gráficos.

2. La primera página constará de:

a) *Nombre principal de autor/es y dos apellidos* (aparecerán 3 en el título principal, pudiéndose añadir más a pie de página); profesión y entidad (centro de trabajo), dirección de correspondencia (postal y e-mail); número de teléfono o fax.

b) *Título y resumen* del artículo en castellano e inglés obligatorio, pudiéndose añadir otros idiomas. El resumen no podrá superar las 150 palabras. **PALABRAS CLAVE:** entre 3 y 5 palabras que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo en ambos idiomas.

3. *Notas a pie de página:* se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.

4. *Tablas, dibujos, figuras y gráficos:* Se presentarán también en formato Word a continuación del trabajo, numeradas en orden de aparición en el texto. Cada una de ellas debe tener un título o pie en castellano e inglés.

5. *Bibliografía:* Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association 6th edition) entre las que recordamos:

- Las referencias bibliográficas deberán ser ordenadas alfabéticamente en una lista. Cuando exista más de una referencia sobre el mismo autor, se deberán ordenar comenzando por la más antigua.
- Las referencias bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación. Ej. (Bion, 1962) y para referenciar trabajos de un mismo autor/es de la misma fecha se añadirán letras a, b, c, etc al año, que siempre será el mismo. Ej. (Freud, 1900a, 1900b).
- Referencias bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una “y”); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos, y editorial. Para señalar los libros traducidos se añade al final la referencia “Orig.” Y el año entre paréntesis. Ejemplo:
Lebovici, S. y Soulé, M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig.1970).
- Referencias bibliográficas de capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con “En” las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed. o comp., añadiendo una “s” en caso de plural (eds.); el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial. Ejemplo:
Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.), *Manual de psicología patológica* (pp. 43-81). Barcelo-

na: Toray-Masson (Org. 1975).

- Referencias bibliográficas para revistas: autor; año (entre paréntesis); título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n.º entre paréntesis sin estar separados del vol. cuando la paginación sea por número, y página inicial y final. Ejemplo:
Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19/20, 5-24.

Para más información consultar el Manual de la APA anteriormente citado.

<http://www.apa.org>

INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los trabajos deberán ser enviados a publicaciones@seypna.com enviándose de vuelta un e-mail de confirmación de la recepción. No

podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales.

El Comité Editorial enviará los trabajos recibidos al Comité Asesor, quien realizará una “revisión por pares”

El Comité Editorial decidirá sobre la conveniencia de la publicación, reservándose el derecho de realizar modificaciones en el estilo de los textos y de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación. En casos puntuales el Comité Editorial podrá valorar la reedición de artículos de interés

La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerá exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.

Los autores cuyos artículos hayan sido aceptados para su publicación recibirán un ejemplar de la revista en el que han sido incluidos.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

SUSCRIPCIÓN ANUAL (2 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 60 €

EXTRANJERO 130 \$

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial

C/ Jeréz, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: 91 6395965

email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos

Dirección N° Piso

Cód. Postal Población

Provincia Especialidad

NIF

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta

Banco C/C N°

Caja de ahorros C/C N°

Sucursal Calle N°

Cód. Postal Población

Provincia Teléfono

IBAN

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente)

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 65 - Marzo 2018

¿Hacia falta abrir la caja de Pandora? <i>Didier Houzel</i>	9
Aspectos éticos implicados en la medicalización de las personas trans en la infancia y adolescencia <i>Sabel Gabaldón Fraile</i>	17
Grupos multifamiliares: un nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia <i>Nicolas Rabain Levobici, Sebastián D'Agostino Ermacora, Liza Benaym y Norberto Mascaró Masri</i>	25
En busca de la dimensión clínica del apego a través de las narrativas infantiles <i>Antonio Galán Rodríguez</i>	35
Los avatares de la adolescencia en nuestra época, a ritmo de las nuevas tecnologías <i>Elisa Peinado Muñoz</i>	47
Observaciones basadas en el trabajo de los conflictos de la parentalidad en padres de menores de dos años con sospecha de Trastorno del Espectro Autista <i>Encarni Garrán</i>	59
La relación entre la función reflexiva parental y el ajuste socioemocional de bebés de 9 a 14 meses de la Comunidad Autónoma Vasca <i>Leire Gordo, Leire Iriarte y Ana Martínez Pampliega</i>	67
Los escenarios de la abuelidad <i>Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto, María Jesús de Castro Oller y María Ángeles Márquez Navarro</i>	73
Dificultades en el abordaje terapéutico: a propósito de un caso clínico en una paciente adolescente <i>Esmeralda Vegazo Sánchez, Diego Trejo, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Cristina Catalina Fernández</i>	79
Tramas de la constitución subjetiva y la complejidad del diagnóstico de niños desde un enfoque relacional (Parte 2) <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	85
Intimidad y tolerancia a la soledad en la adolescencia <i>Fernando González-Serrano</i>	95
Mecanismos autorregulatorios en el bebé y sus interacciones tempranas <i>Mercedes Becerra Gordo</i>	105
Group therapy with young children as a transition between family and school Group experience: the history of building a train <i>Lourdes Busquets Ferré, Ruth Ubía Alcántara y Rafael Villanueva Ferrer</i>	111

SEPPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Member of the International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)