

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

**MANUEL HERNANZ RUIZ
JUAN MANZANO**

MARIE ROSE MORO

**MARIE ROSE MORO Y
JUAN MANZANO**

**MARIAN FERNÁNDEZ GALINDO
FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO**

**FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO Y
MARIAN FERNÁNDEZ GALINDO**

**GEMA GÓMEZ-ZURITA LÓPEZ
Y DANIEL MARTÍN BAYÓN**

**MERCÉ GIBERT CLOLS
REMEI TARRAGÓ Y JANINE MILLÁN**

**ÁNGEL ESTALAYO, OLGA RODRÍGUEZ
Y JUAN CARLOS ROMERO**

**RICARDO FANDIÑO PASCUAL
Y RAQUEL GUDE SAIÑAS
YOLANDA CARBALLEIRA RIFÓN**

**BÁRBARA AVELLANOSA PEÑA
FERNANDO GLEZ. SERRANO Y XABIER
TAPIA LIZEAGA
S. VILLERO, C. RODRÍGUEZ,
M.^a D. ORTEGA, I. CASAS**

- Introducción al Congreso
- Procreación y crianza en los tiempos actuales: introducción general
- Nuevos tipos de familias, nuevos tipos de niños. Aspectos antropológicos y clínicos
- Debate con los ponentes: Marie Rose Moro y Juan Manzano
- Las nuevas procreaciones y sus retos
- Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego
- Debate con los ponentes: Fernando González Serrano y Marian Fernández Galindo
- Aproximación antropológica a la crianza y otros aspectos de la organización de la vida familiar (implicaciones teóricas para la clínica desde un abordaje cultural)
- Nuevas crianzas y psicopatología
- Prematuridad y nuevas estructuras familiares: reproducciones asistidas
- Estilos de crianza y ambientes familiares en menores y jóvenes violentos. Un modelo psicoterapéutico de apoyo para la intervención
- Adolescentes en el límite y violencia familiar: entre la psicopatología y la delincuencia
- La evolución del lugar del padre a través de la historia y en la consulta terapéutica. Cambios en la estructura psíquica del niño actual
- Instituciones y crianza
- Reflexiones en torno a la escolarización generalizada de los niños de dos años
- Yin & yang: encuentros culturales de crianza

N.º 48 - 2009

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

**Avellanosa Peña, Bárbara
Carballeira Rifón, Yolanda
Casas Ochoa, Isidora
Estalayo, Ángel
Fandiño Pascual, Ricardo
Fernández Galindo, Marian
Gibert Clois, Mercé
Gómez-Zurita López, Gema
González Serrano, Fernando
Gude Saíñas, Raquel
Hernanz Ruiz, Manuel
Manzano, Juan
Martín Bayón, Daniel
Millán, Janine
Moro, Marie Rose
Ortega García, M.^a Dolores
Rodríguez, Olga
Rodríguez Pereira, Carlamarina
Romero, Juan Carlos
Tapia Lizeaga, Xabier
Tarragó, Remei
Villero Luque, Sonia**

N.º 48
2.º semestre

2009

XXII Congreso Nacional de SEPPNA
"Nuevas formas de crianza:
Su influencia en la psicopatología
y la psicoterapia de niños
y adolescentes"
(1.ª Parte)

Bilbao - Octubre 2009

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente



SEPPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE



OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

SEPPNA

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.)

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia
del Niño y del Adolescente)

Depósito Legal:

BI-1.383-95

ISSN: 1575-5967

Edita:

Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño
y del Adolescente.

Imprime:

Berekintza, S.L.
Heros, 7
48009 Bilbao

Director:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Directora adjunta:

Ainara González Villanueva

Comité de Redacción:

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Pablo García Túnez (Granada)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Cristina Molins Garrido (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Consejo editorial:

Fernando Cabaleiro Fabeiro
Marian Fernández Galindo
Alberto Lasa Zulueta

Evaluadores externos:

Dr. Francisco Palacio-Espasa (Ginebra).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Ginebra.

Dr. Miguel Cherro Aguerre (Montevideo).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Montevideo.

Dra. Paulina F. Kernberg (New York) †.

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de Cornell.
New York.

Dr. Bernard Golse (París).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad René Descartes -
París V.

Dr. Philippe Jeammet (París).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de París VI.

Envío ejemplares atrasados:

Secretaría Técnica
C/. Monte Esquinza, 24-4.º izqda.
Madrid 28010
Telf./Fax: 91 319 24 61

Información y envíos de artículos:

Manuel Hernanz Ruiz
Heros, 19-6.º D
48009 Bilbao
mhernanz@cop.es

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

MANUEL HERNANZ RUIZ JUAN MANZANO	Introducción al Congreso.....	5
	Procreación y crianza en los tiempos actuales: introducción general	7
MARIE ROSE MORO	Nuevos tipos de familias, nuevos tipos de niños. Aspectos antropológicos y clínicos ...	21
MARIE ROSE MORO Y JUAN MANZANO	Debate con los ponentes: Marie Rose Moro y Juan Manzano	31
MARIAN FERNÁNDEZ GALINDO	Las nuevas procreaciones y sus retos	41
FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO	Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego.....	61
FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO Y MARIAN FERNÁNDEZ GALINDO	Debate con los ponentes: Fernando González Serrano y Marian Fernández Galindo	81
GEMA GÓMEZ-ZURITA LÓPEZ Y DANIEL MARTÍN BAYÓN	Aproximación antropológica a la crianza y otros aspectos de la organización de la vida familiar (implicaciones teóricas para la clínica desde un abordaje cultural)	89
MERCÉ GIBERT CLOLS	Nuevas crianzas y psicopatología	101
REMEI TARRAGÓ Y JANINE MILLÁN	Prematuridad y nuevas estructuras familiares: reproducciones asistidas	107
ÁNGEL ESTALAYO, OLGA RODRÍGUEZ Y JUAN CARLOS ROMERO	Estilos de crianza y ambientes familiares en menores y jóvenes violentos. Un modelo psicoterapéutico de apoyo para la intervención	113
RICARDO FANDIÑO PASCUAL Y RAQUEL GUDE SAIÑAS	Adolescentes en el límite y violencia familiar: entre la psicopatología y la delincuencia	131
YOLANDA CARBALLEIRA RIFÓN	La evolución del lugar del padre a través de la historia y en la consulta terapéutica. Cambios en la estructura psíquica del niño actual	147
BÁRBARA AVELLANOSA PEÑA	Instituciones y crianza	167
FERNANDO GLEZ. SERRANO Y XABIER TAPIA LIZEAGA	Reflexiones en torno a la escolarización generalizada de los niños de dos años	177
S. VILLERO, C. RODRÍGUEZ, M.ª D. ORTEGA, I. CASAS	Yin & yang: encuentros culturales de crianza	187

Revista incluida en la base de datos bibliográficos del CSIC y en LATINDEX.

Publicación semestral dirigida a los 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, planteando desde un punto de vista psicoanalítico, actualizaciones teóricas tanto conceptuales como descriptivas de cuadros psicopatológicos, presentación de actuaciones clínicas, y debates sobre las situaciones actuales referidas a este campo.

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 SEPYPNA

Presidente:	Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Vicepresidenta-tesorera:	Cristina Molins Garrido (Madrid)
Vicetesorero:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Agustín Béjar Trancón (Badajoz) Leticia Escario Rodríguez (Barcelona) Pablo García Túnez (Granada) Carmen González Noguera (Las Palmas) Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Responsable de Publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

INTRODUCCIÓN AL CONGRESO*

Manuel Hernanz Ruiz**

En nombre del Comité Organizador local de este XXII Congreso Nacional de SEPYPNA quiero dar las gracias a los asistentes por haber hecho el esfuerzo de acudir a este encuentro.

Es para nosotros especialmente relevante por muchos motivos. Hace 23 años realizamos aquí en Bilbao el II Congreso Nacional. Fue un congreso de una sociedad muy joven que buscaba transmitir conocimientos y experiencias que pudieran ayudar a la promoción y a la salud mental de los niños y adolescentes.

En ese congreso pudimos homenajear y nombrar miembro de honor al Doctor Julián de Ajuriaguerra. Ajuriaguerra fue el maestro de muchos de los asistentes de entonces. Diatkine, en la conferencia que impartió después del homenaje, dijo que Bilbao era su patria fantasmática porque fue la ciudad de su maestro. También nos definió que para él un maestro es alguien que nos aporta algo de lo que uno puede apropiarse y que uno puede hacer enteramente suyo. Casi sin darse cuenta, o sin darnos cuenta, nosotros conectamos ese congreso de 1986 con este del 2009.

En toda crianza hay un interés por parte de los progenitores de transmitir a sus descendientes ideas, emociones, conocimientos... Y este interés sincero se confirma con el deseo de

* Introducción al XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes" tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psicólogo Clínico. Centro de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Uribe. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Getxo (Bizkaia). Psicoterapeuta y miembro de Sepypna. Correspondencia: c/Alangobarri 7, bis. 48990 Getxo (Bizkaia).

que puedan hacer suyo, de que puedan internalizar esas ideas, apropiarse de ellas y acomodarlas también en función de su propio desarrollo.

El tema de las nuevas crianzas nos cuestiona a los profesionales sobre cuál es la forma en la que se puede dar esa transmisión para que se puedan beneficiar o puedan crecer tanto los padres como los hijos, tanto los educadores como los alumnos. Estamos hablando de nuevas crianzas en momentos de cambios, cambios en las familias, en las condiciones sociales y cambios en la educación. Casualmente, hoy estamos en un entorno también de cambio.

Otro motivo de satisfacción viene dado por el poder reunirnos en este espacio. La Facultad de Psicología y Educación que nos acoge, ha hecho un gran esfuerzo por acomodarse a esas nuevas formas de crianza-educación. Se ha adaptado ya a los nuevos tiempos, a Bolonia, se dice ahora así.

Los servicios sanitarios y sociales llevan un tiempo trabajando para conseguir nuevas formas de colaboración y de trabajo en conjunto.

Este congreso quiere ser un lugar donde se pueda debatir y pensar sobre lo nuevo, aceptando lo antiguo, porque el que haya nuevas formas no invalida a las buenas formas que han transcurrido a lo largo de los años. Las funciones parentales, el interés por el descubrimiento y la investigación, el afán por conseguir mayores espacios y entornos que den cabida a los que necesitan de apoyo dentro del espacio socio-sanitario.

Quiero terminar señalando la presencia de gente joven entre los congresistas. Gente que esperemos que dentro de otros 23 años como mucho, puedan también organizar nuevamente un evento similar a éste. El tiempo vuela y en aquella época no pensábamos que íbamos a repetir, pero aquí estamos y esperamos que allí estéis.

PROCREACIÓN Y CRIANZA EN LOS TIEMPOS ACTUALES: INTRODUCCIÓN GENERAL*

Juan Manzano**

La introducción al tema de este congreso es: Cambios sociales y nuevos modos de crianza. Yo añadiré un subtítulo: ¿A dónde vamos?

Hace unos meses ha aparecido en los paneles de las calles de Ginebra un cartel (Imagen 1), en el que un papá está con su hija. Está sólo con ella. Como ven, lo de “solo” está escrito dos veces, una en español y otra en italiano. La palabra sólo, se refiere al “solo” cuando hay una orquesta.

Este cartel fue seguido de otro que también de manera independiente apareció por las calles de Ginebra (Imagen 2) y finalmente apareció un tercero (Imagen 3). Eran las imágenes de una campaña publicitaria lanzada por una asociación privada sin ánimo de lucro, con el fin de poder reunir a estas familias monoparentales. En Ginebra las familias monoparentales son extraordinariamente frecuentes, ya hay más del 60% de divorcios con respecto a los matrimonios, y si a esto le añadimos el dato de que a los 5 años de matrimonio es cuando se da el punto de inflexión, tenemos multitud de familias monoparentales con hijos pequeños. La campaña que menciono, según mis últimas

* Transcripción de la Ponencia presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra Psicoanalista. Presidente de SEPYPNA. Miembro titular didacta de la Societe Suisse de Psychanalyse. Ex director del Servicio médico-pedagógico de Ginebra.

informaciones, tuvo cierto éxito y con ello se consigue que dos familias monoparentales hagan una familia, digamos, biparental. Y ése es un ejemplo de la situación de cambio social de la cual les quiero hablar.



Mi propósito aquí es simplemente introducir este tema. La organización del Congreso ha tratado de dejar suficientemente tiempo para que haya espacios de discusión y de debate para que todos podamos participar, ya que todos estamos preocupados por un tema como éste.

Trataré de presentar rápidamente las ideas que sobre el tema considero importantes, porque me he dado cuenta de que cuando me he puesto a pensar en toda esta cuestión, poquito a poquito se iban llenando de páginas de ideas, así que voy a tratar de resumir lo más posible.

De entrada tengo que advertirles de una trampa metodológica que acompaña siempre a este tipo de estudios. En toda mi exposición voy a tratar de grandes problemas en términos epidemiológicos y estadísticos y no de situaciones individuales. Creo que es importante señalar y evitar esta trampa porque es común que lo que se dice en términos de epidemiología tiene un significado distinto de lo que se dice cuando hablamos de una situación individual.

Voy a referirme de una manera breve y no exhaustiva a lo que yo considero las situaciones, las zonas de riesgo más características. Las voy a analizar con mis propios modelos, pero voy a aportar lo que está publicado en la literatura también

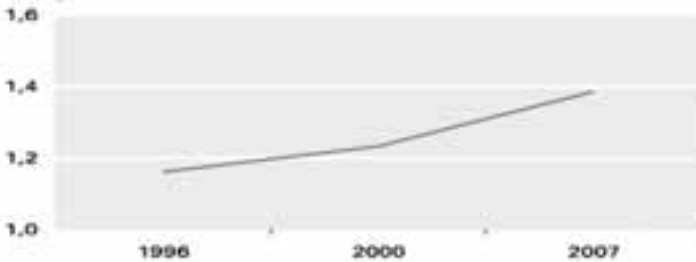
con respecto a cada una de estas zonas según análisis evolucionistas, culturales, sociológicos, neurofisiológicos y clínicos psicodinámicos.

PRIMERA ZONA DE RIESGO: LA PROCREACIÓN

Si estudiamos la situación cronológicamente, la primera zona de riesgo es la procreación. Los hechos estadísticos que les voy a referir son los siguientes: como ven en la Diapositiva 1 (número medio de hijos por mujer) aunque la curva parece muy ascendente, lo único que ha ascendido es 0,2 décimas.

Diapositiva 1:

Gráfico 1.5 Número medio de hijos por mujer. 1996-2007



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos (datos provisionales 2007). INE

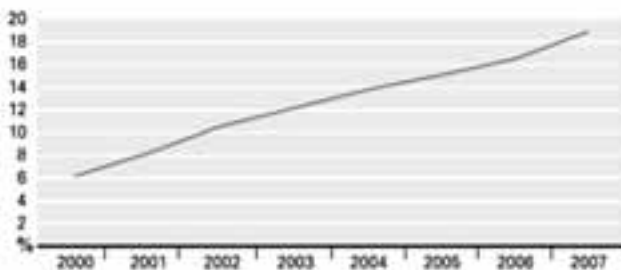
Fuente: INE Mujeres y hombres en España 2009

Esta tasa epidemiológica, como saben, se puede llamar una tasa de extinción. No reemplaza a la pareja de los padres y en términos demográficos significa que este grupo social está en peligro de extinguirse. Se puede calcular incluso matemáticamente cuando se va a terminar. Y tengan en cuenta que este aumento que hemos visto en la población en el número medio de hijos por mujer en España, el 0,2 está sesgado porque entre tanto, ha existido la inmigración extranjera que eran jóvenes y con muchos hijos, es decir que de hecho, el grupo inicial de los españoles ha bajado.

En la Diapositiva 2, se refleja el porcentaje de madres extranjeras en total, y como pueden observar ustedes, de ese total hay que quitarle casi el 20 % si se habla del grupo inicial.

Diapositiva 2:

Gráfico 1.6 Evolución del porcentaje de nacidos de madre extranjera sobre el total de nacimientos. 2000-2007



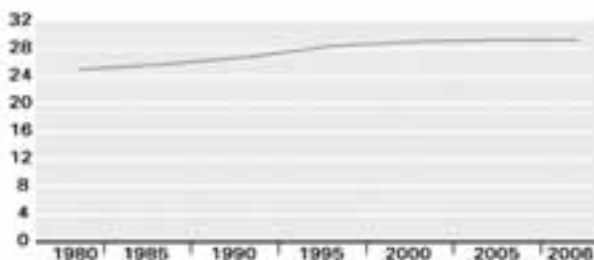
Fuente: Movimiento Natural de la Población (datos provisionales 2007), INE.

Fuente: INE Mujeres y hombres en España 2009

Eso nos lleva a considerar, Diapositiva 3, que la edad media de las madres al nacimiento del primer hijo está ya en los 30 años.

Diapositiva 3:

Gráfico 1.7 Edad media de las madres al nacimiento del primer hijo. 1980-2006



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos, INE.

Como luego veremos, la significación de la barrera de los 30 años desde el punto de vista general es muy importante. ¿Y qué pasa con esto de la demografía? Es una pregunta que concierne evidentemente a todos los países occidentales, no es una cosa solamente española. En Europa es más o menos así, y también en los Estados Unidos. La correlación más directa es con la renta per cápita. La renta per cápita llega a un punto y cuando llega a ese punto, la curva demográfica desciende. Saben que la renta per cápita es un indicador del nivel económico del país. Esto por ejemplo es muy significativo en los países mediterráneos comparados con los escandinavos. Durante mucho tiempo era espectacular el número de hijos que había entre españoles, italianos y griegos, etc. Como ha subido la renta per cápita, ha descendido el número de hijos, ya así llega un momento en el que los países mediterráneos hemos alcanzado y superado a los escandinavos. Luego veremos por qué.

La renta per cápita se acompaña evidentemente de unos cambios sociales, que tienen que ver con la demografía. Aunque ustedes ya conocen estos cambios sociales, yo voy a destacar alguno. El principal que yo destacaré aquí, y que nos concierne, es el cambio espectacular, del estatus de la mujer. Este ha sido un progreso evidente: igualdad, autonomía, libertad de elección, libertad sexual, formación e incorporación progresiva, cada vez más, al trabajo en la sociedad.

Este cambio se acompaña, evidentemente, de un cambio también en los hombres, aunque los hombres no cambien al ritmo trepidante que ha cambiado la mujer. Lo cierto es que ha cambiado mucho. Como me dijo un día mi hijo mayor cuando se casó e iba a tener el primer hijo: "Papá, las mujeres han cambiado". Evidentemente se refería a que la mujer con la que se había casado, no era igual que su madre. Y es verdad que cuando yo veo el caso de mis hijos, y también el del resto de los jóvenes, los jóvenes chicos, han cambiado también.

Pero claro, esto que es positivo en su mayor parte, tiene un correlato, en el cambio en los modos de crianza. Cuando se ve la historia, las mujeres, por centrarnos en ellas, han pasado por épocas mucho más difíciles que la actual y no había la misma repercusión demográfica, es decir, estaban en condiciones

mucho menos disponibles para criar hijos y sin embargo no se daba una disminución de la fertilidad.

Al interesarme por las investigaciones que tratan de explicar estos hechos, vemos en primer lugar que no hay literatura suficientemente fiable. Los mejores estudios son los de la psicología evolucionista. Les voy a resumir las conclusiones a las que ha llegado Newson y colaboradores. En mi opinión, han publicado la mejor síntesis de la comprensión que se ha hecho a partir de la sociología evolucionista.

Como saben, esto plantea cuestiones interesantes que van a ser abordadas. Una cuestión de fondo, es la relación que existe entre la evolución biológica dirigida por la selección natural o dirigida por la cultura. Como saben, la cultura es lo que los antepasados transmiten a los hijos, la forma de aprendizaje. En principio, la cultura y la evolución biológica van en la misma dirección, pero no siempre es así, el ejemplo más claro que tenemos es el de las armas nucleares, las armas atómicas. La cultura, es decir, cosas que se han aprendido y transmitido de padres a hijos, ha llevado a acumular la destrucción, las armas capaces de destruir la especie y de destruir incluso el sistema solar si yo he comprendido bien. Evidentemente aquí hay una contradicción, puesto que la evolución empuja siempre por selección natural a la organización y a la multiplicación de la vida, mientras que aquí hay una destructividad a la cual voy a referirme. La cultura vemos aquí como nos lleva a algo que es destructivo, contrario o radicalmente opuesto a la vida. Estos autores han hecho unos modelos explicativos que les resumo rápidamente.

Hay modelos que dicen que esta decisión de tener hijos o no, es una cuestión que está bajo control individual y para otro tipo de modelos, el segundo tipo, que es bajo control social.

Los modelos de control individual han ido evolucionando. Según esta concepción, los padres deciden tener un hijo por un cálculo coste-beneficio y que los hijos eran un factor económico fundamental tradicionalmente para la familia y que tener hijos era una riqueza en sí mismo. El beneficio de los hijos, poco a poco se compara con otros beneficios, y la mujer empieza a considerar que es más costoso criar niños en términos de los

beneficios que van a perder. Son términos crudos, pero para la reflexión y el debate están actuando este tipo de factores. En nuestra terminología evidentemente esto no tiene por qué ser consciente y deliberado. A esto se ha sumado cronológicamente la tecnología del control de la natalidad y la ruptura biológica del lazo, que aunque no era directo era obligatorio, entre sexualidad y producción de niños.

Luego están los modelos de control social que dicen que en realidad las mujeres no toman solas esta acción, sino que están influenciadas socialmente. El modelo dice que existe una tendencia a imitar las conductas más extendidas a las que se atribuye mayor prestigio en el grupo. Esto tradicionalmente evidentemente funcionaba en el grupo familiar y por ello se ve como esta tendencia a la imitación funcionaba respecto a madres, tías, etc. Pero con el cambio social se ha perdido el contacto directo con este grupo familiar y rural, y ha sido reemplazado por la multiplicación de canales de contacto e información.

Yo añadiría aquí una cosa que me ha hecho reflexionar, para comprenderlo rápidamente, de que esto había sido ya analizado por Marx en términos de pérdida de referencias cuando hay un desplazamiento de la población. Es decir, que el campesino tiene sus referencias tradicionales, procesa la información directa y toma sus decisiones. Cuando ha cambiado el tipo de sociedad, y ya saben que dentro de las europeas, la española ha sido una de las últimas, ha cambiado y ha dejado de ser mayoritariamente rural, se observa que este cambio implica una cosa que ya Ortega y Gasset había previsto en su libro "La Rebelión de las Masas": la población se iba a encontrar con sus referencias perdidas y que esto iba a significar una forma de alienación en la cual no han podido tener el desarrollo cultural suficiente para procesar la información por sí mismos y entonces la tendencia a la imitación es claramente dominante y esta tendencia a la imitación es evidentemente utilizada.

Umberto Eco señala que el cerebro humano tiene una debilidad y es que es sensible e influido por la simple repetición del mensaje. Triste, pero el hecho de que una cosa se repita y se repita, tiene una influencia en nuestro comportamiento y en nuestras decisiones si no tenemos ese otro control que ya había

profetizado Ortega y Gasset, que es la capacidad de pensar por sí mismo, pero ven ustedes que esto significa una alienación.

Psicodinámicamente la pregunta es: ¿cómo hacen las mujeres para bloquear esta tendencia natural a tener hijos? ¿Cómo hacen para bloquear la tendencia más importante desde el punto de vista de la biología y del desarrollo? Según mi experiencia, de una forma muy clara: utilizando el mecanismo de escisión y de negación. Hablas con una chica de 30 años y le preguntas: ¿tú cuando vas a tener un hijo? Responde “Ah, más tarde”, ¿qué está haciendo? Está diciendo que eso no lo escucha, sin embargo la información la tiene. Este bloqueo de la tendencia natural a tener hijos, tiene un triple riesgo:

El primer riesgo es para el grupo social: es el riesgo de la extinción. Un segundo riesgo es para la mujer: Esa chica está negando que tener hijos a partir de los 30 supone un aumento de riesgos para el embarazo, para las características del niño incluidas las malformaciones, pero también para la salud de la mujer. Existe ya una epidemiología por ejemplo del cáncer de mama, si no se ha tenido un hijo antes de los 30 años, el riesgo es mayor. Pero está también el aspecto psicológico. El hecho de tener una escisión y funcionar de esta manera implica un trastorno en la integridad. Hay ahí de alguna manera u otra un signo de amenaza que se traduce por una forma u otra de ansiedad y también de frustración que se vive en términos depresivos. Existe después la actitud hacia el hijo tardío y/o único. Puesto que estamos en una situación nueva, cuando estas mujeres tienen un hijo tardío, hay una tendencia general, desde mi punto de vista, a la sobreestimación del niño, de este artículo que ha pasado a ser raro y poco frecuente. Esta sobreestimación, necesariamente interviene en la relación madre-hijo y padre-hijo y que en general lleva una mayor ansiedad de perder este niño, que a su vez conduce a una hiperprotección y según yo, esta hiperprotección se traduce en comportamientos determinados de diversos tipos. Yo señalaré aquí una cierta tendencia a no fijar los límites frustrantes de la realidad.

El tercer riesgo es pues para el mismo niño. Como consecuencia de lo visto, el niño tardío y único, ya comienza su vida en unas condiciones que, hablando siempre en términos de población, implican que se le está dificultando, o más bien dicho, que

se está fomentando el mantenerse el mayor tiempo posible funcionando por el principio de placer, es decir, no teniendo en cuenta la realidad, no funcionando por el principio de realidad. Como saben, esto puede tener sus consecuencias psicopatológicas.

Intervenciones

Pienso que se pueden empezar a tomar medidas sólo si se toma conciencia de los aspectos negativos de los que estamos hablando. Durante unos años, bastantes años, participé en un grupo que había creado Ana Segal. Ella estaba impresionada por este ejemplo que les puse antes de la escisión de la sociedad que vive tranquilamente como si no tuviera esas armas nucleares en el sótano de casa. Ella veía todo esto como una amenaza de destrucción (que sigue siendo totalmente actual) y entonces hizo una acción que me parece que podría ser un modelo de acción en este tipo de casos. Ya ven aquí, que el objetivo sería cómo ayudar a estas mujeres, tan jóvenes, preadolescentes y adolescentes, a utilizar menos estos mecanismos de escisión y confrontarse con la realidad de sus propias tendencias aunque tengan las dificultades que hemos dicho antes. Es como yo vería el problema.

SEGUNDA ZONA DE RIESGO: LA PRESENCIA DE LOS PADRES

Nos planteamos el riesgo que existe ante la ausencia de los padres, el riesgo que vemos en los niños de la llave en el cuello, televisión y Play Station. Ante este riesgo vemos también las diferencias marcadas por las clases sociales. En la clase media-alta, ante la no presencia de los padres, se encuentran diversas fórmulas que esencialmente pasan por reemplazarse por otras mujeres, los abuelos, y luego la escuela y la guardería. En la clase obrera media-baja, frecuentemente inmigrantes internos o extranjeros, no hay abuelos y no se puede pagar a una mujer que reemplace a los padres y surge la llave al cuello y la televisión. Esto tiene ya consecuencias: los niños interactúan poco o muy poco con sus propios padres.

Pienso que la neurociencia actual desde el punto de vista científico ha venido a apoyar y confirmar una cosa que ya

sabíamos, que la interacción entre los padres y los hijos, parece muy importante en la vida de los hijos. También Eulalia Torras de Beá ha pensado en esto¹ y es verdad, los avances actuales en neurociencias sobre la plasticidad cerebral, así como los dos otros grandes avances en neurofisiología: los circuitos de la memoria (Kandel) y el Sistema de Neuronas Espejo (Rizzolatti), me ha llevado a proponer una forma que ya conocen. El niño, desde el nacimiento, y quizás antes, es un organismo que nace adaptado al medio que espera encontrar, programado para entrar en relación y reprogramarse en función de la experiencia de esta relación, programado para entrar en relación.

En efecto, el bebé desde el nacimiento o ya antes, sabe a quién va a encontrar. Ese otro que va a encontrar es otro organismo, la madre, que a su vez está programada para entrar en relación con el bebé y reprogramarse ella también en función de esta relación. No me puedo extender aquí en defender esto pero les diré que desde el punto de vista de la neurociencia, si yo tomo por ejemplo el handbook de referencia americano (Purves y coll 2002) en neurociencia les voy a decir citando que *“existen ahora pruebas abundantes de las diferencias ligadas al sexo en el cerebro humano, todo esto en diversas zonas, no solo en el hipotálamo y en regiones subtalámicas pero también en la corteza cerebral. Un cierto número de comportamientos reproductores están bajo el control del hipotálamo así como los comportamientos parentales, y esto de una manera de diferencia sexual en los hombres y en las mujeres. Estas diferencias del sistema nervioso, así como los comportamientos que determinan son pues considerados como muestras del dimorfismo sexual. Ciertas diferencias comportamentales pueden tener sus raíces en normas culturales o sociales, pero las diferencias entre sexos se deben en su mayoría al hecho de que el cerebro del hombre y el de la mujer son diferentes en diversos aspectos”*.

Desde el punto de vista psicodinámico esto implica un modelo también de desarrollo. Desde mi modelo, dentro de las

¹ N. E. Hace referencia a cómo la Dra. Eulalia Torras es promotora de un manifiesto que señala la importancia de la relación y la presencia entre los hijos y los padres. <http://www.seypna.com/documentos/Entrevista-Dra-Torras-de-Bea.pdf> <http://mastiempoconloshijos.blogspot.com/>

Relaciones de Objetos y compatible con las investigaciones en Neurociencias, se puede decir que existe un yo desde el nacimiento, una relación de objeto desde el nacimiento y una diferencia entre el yo y el no-yo desde el nacimiento.

El bebé y su programa es capaz de adaptarse a otras circunstancias. Recordemos las observaciones de Lorenz, quien demostró que la oca, estando programada para seguir a su mamá, si ésta no está es capaz de seguir hasta el sombrero de Lorenz si se movía un poco como la otra. Es decir, que los bebés son capaces de adaptarse y reorganizarse, pero esto significa una reorganización de su programa que existe el riesgo de un precio y esta es la otra cuestión que nosotros debemos debatir.

Voy a citar algo que yo comparto plenamente de nuestra colega Eulalia. Ella denuncia en sus conclusiones *“las falsas y demagógicas medidas propuestas hasta ahora que potencian la mayor institucionalización del bebé y del niño”*.

He leído hace poco de personas autorizadas en escritos públicos, el interés de que los bebés empiecen la escuela a 0 años. Les citaré otro ejemplo de las interferencias en esta cuestión en el debate de una consejera autonómica que mandó hacer una encuesta a las madres trabajadoras. Una de las preguntas era qué querían hacer estas madres y resultaba que la gran mayoría decían que si pudieran se iban a su casa a criar a sus hijos. Como esto no le gustó, esta estadística no fue publicada. Aquí hay un factor de interferencia.

Aquí la intervención yo creo que es sociopolítica, no tenemos otra; existen luego los casos individuales. En éste, el ejemplo es la plataforma de nuestra colega de SEPYPNA Ana Pavón para aumentar el tiempo por medidas socioeconómicas.

TERCERA ZONA DE RIESGO: SEPARACIONES/DIVORCIOS – FAMILIAS MONOPARENTALES/RECONSTRUIDAS

La separación y la reconstitución de las parejas también implica una situación de riesgo. Yo anunciaría que todo esto puede ser comprendido en el concepto clásico de crisis. Crisis es una situación de desequilibrio, una prueba que los niños tienen que confrontar, (evidentemente la crisis es un momento de riesgo, de desorganización). Si la supera, el niño sale reforzado.

No cabe duda de que la posibilidad del divorcio es una medida muy positiva y puede ser la mejor solución en muchos casos, pero tienen también efectos colaterales en los niños. El divorcio es siempre una pérdida, o una amenaza de pérdida. La crisis es una prueba para el niño que éste puede superar aunque también es una amenaza que puede desequilibrarle. Ya saben que aquí las intervenciones son para que se pase lo mejor posible mediante una acción cuando nos concierne, sobre la pareja, y una terapia focal de crisis para ayudar al niño en estas situaciones.

CUARTA ZONA DE RIESGO: LA LARGA ADOLESCENCIA

La larga adolescencia sería otra zona de riesgo. Ya saben que la adolescencia en sí misma es una crisis del desarrollo. Pero los adolescentes de hoy, como ya han nacido en las condiciones de riesgo, han acumulado los factores de riesgo. No debemos extrañarnos, en mi opinión, que nos encontremos con una adolescencia con más posibilidades psicopatológicas. Los vamos a encontrar más alienados como he señalado antes, es decir, dependientes del grupo global y de las comunicaciones, con lo que llaman valores, y más retrasados en la evolución en términos del principio del placer al principio de la realidad.

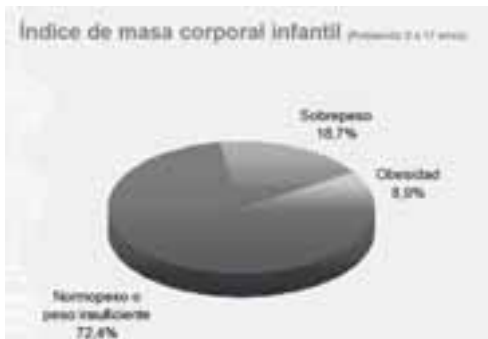
Para terminar, en la Diapositiva 4, ven como lo que eran separaciones en España se van convirtiendo poco a poco en divorcios, pero en realidad significa un aumento, y ya saben la cifra que les he dicho antes del 60%.

Diapositiva 4:



En este cúmulo de riesgos que les he enumerado y que vamos a debatir hay ciertos indicadores incluso somáticos. Aquí les señalo uno que es considerado actual y que es el aumento de la obesidad en los niños (Diapositiva 5). Hay otra cifra que a mí también me parece muy importante: en Ginebra las consultas de urgencia pediátrica se han aumentado en 100% en quince años, es decir, se han doblado.

Diapositiva 5:



En conclusión, la población infanto-juvenil actual es, para mí, un grupo a riesgo (Diapositiva 6).

Diapositiva 6:



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2008

Los nuevos modos de crianza significan un cambio radical del tradicional que había hecho sus pruebas y que había funcionado durante milenios con una eficacia competitiva con respecto a las otras especies clara y rotunda. Es un salto en el vacío y en realidad no podemos saber a dónde vamos.

La toma de conciencia colectiva, puesto que esto es un fenómeno cultural, me parece a mí una base necesaria para cualquier otro tipo de medida y también la creatividad humana, que seamos capaces de utilizar nuestra propia capacidad de innovación. Y en ese sentido, yo modestamente, voy a proponer a la Junta de SEPYPNA que creemos una comisión permanente encargada de fomentar, estimular y hacer proyectos de investigación clínica en este campo.

NUEVOS TIPOS DE FAMILIAS, NUEVOS TIPOS DE NIÑOS. ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS Y CLÍNICOS*

Marie Rose Moro**

Me apasionan las problemáticas transculturales de los niños inmigrantes y lo que les voy a proponer hoy es muy complementario a lo que Juan ha propuesto, intentando ver cómo la clínica transcultural nos da algunas maneras nuevas de pensar para los niños inmigrantes, pero también para todos los niños, porque como muy bien ha dicho el Dr. Juan Manzano, estamos en un mundo que cambia y estos cambios tienen varias influencias en las estructuras familiares y en los niños. Vamos a ver cómo podemos pensarlo de otra manera.

Antes de empezar, sólo a nivel antropológico quería decir que cuando hablamos de estructuras familiares, muchas veces tenemos tendencia a verlas como si fueran sencillas, como si hubiera un modelo único, como si las cosas son fijas y los cambios son variedades que pueden ser rápidamente patológicas. Tenemos la idea de un modelo único que sería el modelo estructurante para el niño. Claro que, cuando estamos hablando de otro tipo de familia que es el de la realidad, el de la realidad globalizada y de los cambios, tenemos que hacer un cambio epistemológico en nuestra cabeza para poder pen-

* Transcripción de la ponencia presentada en el XXII Congreso Nacional de SEYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra. Directora del Servicio del Niño y del Adolescente del Centro Transcultural del Hospital Avicenne de Bobigny (París).
E-mail: marierosemoro@gmail.com.

sar que no sólo hay un modelo. Porque si no salimos de esta idea de modelo único entonces claro que las variedades van a ser patológicas.

Estamos en un mundo lleno de muchos mundos, con muchas posibilidades de pensar lo que es un niño, lo que es una madre, lo que es un padre, una abuela, etc. Decirles que la clínica transcultural, donde yo he crecido, es una clínica transcultural que nació en las afueras de París, (en Bobigny) en un hospital que tiene la marca de la colonización francesa. Un hospital muy inscrito en la historia de los inmigrantes y de la colonización y aunque este enfoque transcultural empezó en las afueras de París, sigue ahora en el Centro de París, es un nuevo servicio para adolescentes. Pero también sigue la idea de que la idea transcultural no sólo es para situaciones marginales, sino para todas las familias, para todos los cambios y para los centros de las ciudades.

En España ha habido que hacer este cambio importante de mandar a los inmigrantes y ahora acogerlos. Yo creo que es una suerte para este tema el poder pensar en los efectos de las transformaciones de las familias en los niños.

Al nivel epistemológico, la manera de organizar las cosas hoy va a ser de dar elementos antropológicos y elementos psicoanalíticos para intentar pensar cómo uno piensa lo que un niño necesita y también qué necesita para crecer, qué necesita también cuando está enfermo o hay que curarlo. Y con esta idea muy fuerte al nivel antropológico de que cada grupo define al niño y lo hace según sus formas, que son claramente útiles para el mismo grupo, éste no sabe que son normas y pretende que esto sea universal. Cada grupo pretende la misma cosa y por eso también hay conflictos en las representaciones. Para relacionarlo con lo que decía Juan del deseo de tener un niño, me gustaría proponer en el debate que este deseo de tener niños no sólo es biológico. Antes de ser biológico para mí es cultural. Porque se ve bien que los cambios de ser como el papel de la mujer, el papel de la familia, el papel del individuo hacia el grupo (que no son cambios biológicos, son cambios totalmente sociales) van a venir a transformar la idea de deseo. Ustedes saben a lo mejor que en muchos idio-

mas la idea de deseo no existe. Desear un niño no se puede traducir. Entonces cuando nosotros hacemos una consulta y le pedimos a la señora que tiene 7 niños y que va a tener 8, que nos diga si lo desea, lo dice porque piensa que cuando va a tener 8 niños ya no lo puede desear. Esta idea de hacer una pregunta no es sólo una palabra, es un concepto, pero no es un concepto biológico, es un concepto totalmente cultural. Muchas madres inmigrantes me dicen en las consultas transculturales: “Pero ¿por qué me preguntan si lo deseo si yo lo que pienso es que es el niño el que me escoge como madre?”. Yo me acuerdo de una señora marroquí que tenía 7 varones, los quería mucho pero buscaba una niña. Al llegar a la consulta dice: “Soy estéril”. Entonces yo pensé que no tenía ni niños ni niñas. Y llegó un momento en el que dijo: “Sólo tengo niños”. Ella decía: “Cuando yo digo esto me miran extrañamente y me dicen que normalmente es al contrario, que a las señoras marroquíes les gustan los niños”, y ella se puso a llorar por esta idea de la representación que tenemos del deseo del otro. En este caso claro que valoraba a los varones pero estaba buscando una niña y se sentía realmente estéril y estaba muy deprimida con esta idea que no había podido transmitir cosas que su madre le había dado a ella.

Claro que la educación de un niño es profundamente cultural, pero antes, el deseo y el cómo se representa uno el vínculo de este deseo, es muy cultural y quiere decir que hay que buscar en los elementos colectivos una interacción con los elementos íntimos, intrapsíquicos e intersubjetivos. (Por ejemplo, con esta señora, la relación con su marido y con su madre, todos esos tipos de relación intersubjetivas que van a dar un sentido a esta búsqueda de una niña). El segundo punto es que cuando llega el niño hay que humanizarlo, es decir, hay que inscribirlo en una estructura que le dé esta posición de transmisión, de filiación y de afiliación, como veremos después. Éste es el punto epistemológico. A nivel metodológico, ¿cómo se puede hacer para poder pensar en esas estructuras familiares? Las estructuras familiares tienen lógicas muy diferentes. Pues tenemos que ir a buscar elementos de otras disciplinas como la antropología, lingüística; buscar interacciones

con otras disciplinas para no reducir lo que no conocemos a lo que conocemos, porque eso es una tendencia muy importante de cada uno de nosotros cuando estamos, por ejemplo, en una situación de una familia con un padre o madre solos, o una familia con una pareja homosexual, o en una adopción internacional, o una situación de una madre sola con unos padres que pasan o que visitan, como se dice, en una estructura familiar, es decir que el centro es la madre en las relaciones con los niños y después pasan los hombres, esto existe como tipo de estructura familiar. Entonces la idea es poder ver esa estructura con su lógica. En antropología se llama la perspectiva *emic*, intentar ver la representación del que lo vive y no solo del que observa. La perspectiva *etic* es una percepción externa, es como decir, por ejemplo, en este tipo de familia el niño no puede saber quién es la figura materna y quién es la figura paterna. A lo mejor es así, pero para ello quizás hay que ponerse en una situación *emic* y decir: en esta familia ¿cómo funciona la figura materna?, ¿cómo funciona la figura paterna? Es este cambio que los antropólogos nos invitan a hacer para poder representarse (y después poder actuar cuando es necesario en clínica) como se vive desde el interior esta representación familiar, esta estructura familiar. Y eso no es tan fácil, porque nosotros no estamos acostumbrados a hacer eso; estamos acostumbrados a tener un modelo en la cabeza y a partir de ahí considerar que las variaciones son disfunciones.

Para coger otro ejemplo del método. En todas las estructuras familiares hay ritos, hay maneras de hacer que son colectivas. Pero mas allá de estos ritos es intentar analizar, comprender, con la ayuda de otras disciplinas que no son tantos ritos sino conceptos, lógicas, maneras de organizar, por ejemplo, la crianza de un niño. Por ejemplo, cuando en una familia africana el niño está con su madre, cuando es muy pequeño la madre lo lleva en la espalda, duerme con él, es una interacción muy proximal (no fusional, no se sabe si lo es, hay que poder ver que es otro modelo y después determinar si es o no fusional). En esta relación muy cercana a nivel corporal, llega un momento cuando deja de amamantarlo en el que este niño va a ir en el cuerpo de otras mujeres, las hermanas, las abuelas...

y se va a alejar de manera violenta de su madre. Entonces nosotros decimos que se han separado de manera violenta, pero decimos eso porque tenemos una mirada vertical. No vemos que el grupo de todas estas pequeñas madres van a coger una función para este niño. Si lo miramos de manera mucho más amplia, vemos que no es una separación brutal, es una separación ritualizada con un concepto que es que llega el momento para este niño de tener relaciones de manera diversificada con todas las otras mujeres que están ahí y después con los hombres (y no sólo con los padres).

Intentar ver éstos como conceptos y no sólo como ritos que son ritos externos. Esta idea de ver que en las familias las diferencias de expresión no sólo son diferencias de maneras de expresarse, sino de formas de emociones. Es decir que cuando la estructura familiar cambia, claro que también cambian las emociones y cambia lo que se siente. De poder acceder no sólo en términos de diferencias expresión, sino también de diferencias de emociones que son facilitadas o que son inhibidas según la estructura familiar. Entonces, en una situación dada, no importa qué estructura familiar, poder llegar a la universalidad psíquica necesaria para el niño y de aceptar y compartir el código cultural del ser, del sentido y del hacer, es ésta la idea de la metodología. Llegar a tal como son las familias en un mundo muy globalizado y de intentar verla (tampoco me parece tan sencillo) sin nostalgia del pasado, porque cuando hablamos del pasado hablamos como si nuestras estructuras familiares eran estables, se podían anticipar, claro, serían mucho más estables seguramente en un microcosmos, pero también se sabe que había cosas muy violentas por ejemplo para los niños. Se trata de intentar salir de una nostalgia de estructuras familiares tan sencillas, tan ideales, tan utópicas, las estructuras familiares siempre tienen cosas que van a facilitar y cosas que van a no permitir.

La idea también es que estamos en un momento en el que se está multiplicando la información sobre estos modelos. Esto los antropólogos lo enseñan de manera muy clara. Y es que todo lo que podemos imaginar nosotros como estructura familiar existe en un sitio. A lo mejor no existe todavía aquí,

pero existe en algún sitio. Todos estos modelos que antes mencioné de familias monoparentales, de familias centradas en las madres, familias donde los niños cambian de familias porque sean confiados o en adopción, familias que se separan y que se reorganizan... todos esos tipos de familias donde sólo hay un tipo de figura cercana, por ejemplo de figura paterna, pero que hay otras figuras paternas afuera. Pero que hay que mirar para verlas. Si sólo miramos de manera un poco estrecha, claro que no vamos a ver las otras figuras. No es tanto una multiplicidad de los modelos, sino que en nuestra sociedad actual europea se están viendo diferentes modelos, pero han existido siempre. Por ejemplo, en el título de mi intervención habría que poner un interrogante: "¿Nuevos tipos de familias?", porque no hay mucho nuevo. Lo que tendría que ser nuevo es nuestra manera de verlas y de pensarlas y de pensar la crianza en el interior de estas familias. Lo que sí se puede decir en nuestra sociedad es que los cambios son rápidos y estos cambios hacen que en cierta manera no nos acostumbremos y sigamos con un modelo un poco utópico.

La pregunta siguiente sería ver si se pueden oponer modernos y tradicionales, claro que no. Vamos a coger un ejemplo que es muy frecuente ahora en Francia y que supongo que aquí también. Un padre y una madre se separan. Los niños se van a repartir: una semana con el padre, una semana con la madre. El padre se vuelve a casar y la madre también. El niño va a pasar de una familia una semana a otra familia la otra semana. La segunda semana se va con su madre que se ha casado y tiene otros niños. Estamos en una familia muy típica tradicional donde hay diferentes niños de diferentes madres. Es típicamente tradicional y para nosotros es muy moderno. Es algo a lo que nos tenemos que acostumbrar, a una familia amplia, con varios abuelos posibles, una diversidad de relaciones posibles. Y entonces, ¿qué pasa con el niño?, ¿cómo va a organizarse en esta nueva estructura familiar? Claro que la manera en la que va a poder organizarse depende también, más que nada, de la capacidad de los adultos a organizar esta nueva estructura familiar como una estructura contenedora, con una estructura que tiene un sentido y con una estructura

que se puede asumir como una estructura familiar buena para los niños. En esta nueva familia estamos encontrando un modelo que es un modelo tradicional. Esto nos invita, primero, a que la clínica se acerque a las otras disciplinas que han estudiado estos tipos de estructuración y, segundo, nos invita a pensar qué pasa en los niños cuando cambian de estructuras, cuando cambian de familia, porque en el interior de una familia hay lógicas. Y no sólo los pequeñitos, en Francia ha habido muchos debates, ¿es posible para un bebé estar una semana con la madre y otra con el padre? Claro que a nivel del apego hay preguntas muy importantes y sabemos muy poco porque, además, en los estudios que se hacen sobre estos temas es difícil de salir de la ideología, es decir, cuando vas a hacer un estudio ya tienes una idea de lo que quieres mostrar y entonces es bastante difícil ser objetivo y poder pensarlo. Pero los niños más mayores y adolescentes, ¿cómo van a hacer la construcción identitaria?, ¿cómo van a hacer su trabajo de inscribirse en una afiliación? Seguramente tiene que ser una estructura múltiple, no se puede ya pensar que sea algo único como un árbol. Tiene que ser seguramente de otra manera. Y nosotros lo tenemos que poder conceptualizar no sólo para ayudar a los padres sino también para ayudar a los niños. Y por eso digo que la clínica transcultural me ayuda a pensar en esto, porque en la clínica transcultural siempre hemos tenido que pensar cómo se hace para pasar de la lógica de la familia a la lógica del exterior. En estos niños, en estas estructuras que estamos hablando, no es del interior al exterior, pero de una familia a otra familia, pero es la misma cuestión.

Entonces estamos pasando seguramente a una complejidad de la estructuración identitaria que es mucho más grande y también por eso seguramente a nosotros los profesionales nos da un poco miedo pensar en tanta complejidad. Por ejemplo el tema de filiación, que siempre lo habíamos puesto en singular. Parece que tenemos una sola afiliación como una sola madre, pues no. Esto es un sueño. No tenemos una sola madre, tenemos muchas posibles en las estructuras aunque tengamos sólo una que nos de la vida. Pero eso es otra cosa, es el aspecto importante de la estructuración para el niño.

Pasar de una idea sencilla de la filiación a una idea un poco más compleja que articula filiación y afiliaciones, es decir, inscripción en un grupo e inscripción en diferentes grupos familiares. Entonces tenemos que pasar por la idea de mestizaje y de explicitar cosas que son implícitas, porque cuando hay una estructura familiar con diferentes modelos hay que aprender a explicitar las lógicas de estos modelos.

Hemos hablado del hecho que los cambios rápidos de las estructuras familiares dan la idea de una vulnerabilidad específica de estos niños. Para mí la idea de vulnerabilidad es muy importante; yo creo, como nos decía Ana Freud, que la vulnerabilidad del niño está ligada a la estructuración que se le da, hay que pensar en esa estructuración, en las diferencias de sexos y las diferencias de generaciones. Pero, por ejemplo, para coger este tema de diferencias de sexos y de generaciones, este punto tiene que ser un punto articulado al intersubjetivo y al colectivo, es decir, que la manera en que se piensa la diferencias de los sexos no sólo es biológica, es la manera que cada día se organiza para el niño la diferencia entre ser un hombre o una mujer. Esto se configura en la vida cotidiana y en la manera de estructurar el papel de su madre o de las mujeres, y de su padre y de los hombres en la familia. Entonces se pueden pensar las cosas en términos de vulnerabilidad, pero no sólo en términos de vulnerabilidad. La vulnerabilidad significa un primer nivel de defensas pasivas, es decir, hay crisis, hay dificultades, hay que defenderse. Pero también se puede pensar que esas nuevas situaciones nos tienen que invitar a buscar nuevas competencias para los niños, pero también para nosotros. Ver la estructura familiar de manera diferente, verla como algo que permita diferentes relaciones al niño y nuevas competencias para él. También pensar que los niños tienen posibilidad de resiliencia y de creatividad, es decir, de nuevas formas de vida a partir de esas diferencias, a partir del camino que tiene que hacer el niño para ir de una familia a otra, o de una lógica a la otra.

Entonces se puede decir sobre el tema que en esto de las nuevas familias y nuevas estructuras familiares no podemos ser normativos porque ser normativos es olvidar que las otras

estructuras han existido ayer o existen en otro sitio, y que para poder ver cómo son, tenemos que buscar cómo nos podemos descentrar, salirnos del centro, ver cómo los hijos pueden vivirlo y cómo los padres lo pueden organizar. La pregunta ¿nuevas familias, nuevos niños?, más que nada es nuestra manera de pensar el efecto de estas estructuraciones sobre el niño que tiene que ser nueva y llegar a esta idea de que tenemos que pensar las organizaciones identitarias como mestizadas, como singularidades de las historias y diversidad cultural en la clínica. Si aceptamos esta idea de multiplicidad, entonces podemos trabajar de manera diferente en la consulta con este concepto de filiación y de afiliaciones de manera que no nos impida a nosotros ver el trabajo del niño, que es un trabajo que va del colectivo al íntimo y que el niño también se tiene que construir en su interior una representación de lo que es bueno para él. Esto depende de la capacidad de la estructura familiar para acompañar la estima del niño y no tanto de la variedad de la estructura familiar.

DEBATE CON LOS PONENTES: MARIE ROSE MORO Y JUAN MANZANO*

Leticia Escario (coordinadora): Abrimos el debate. Las dos ponencias han sido enormemente interesantes. La propuesta de Marie Rose de que aprendemos de otros modelos culturales, quizá que no nos quedemos aferrados en un modelo único. Juan nos propone que repensemos en las funciones parentales, dado que los cambios sociales indudablemente han introducido una serie de cambios muy rápidos y muy difíciles quizá de asimilar y que todavía tenemos a lo mejor poca perspectiva para aceptarlos suficientemente. No quiero decir nada más. Solamente que el público tiene la palabra.

Maite Muñoz: Muchas gracias a los dos ponentes. Yo, Marie Rose, quería plantearte una cosa, bueno más que a ti, porque contigo ya lo he hablado, quería plantearlo a la sala para escuchar otras cosas. Tiene que ver precisamente con esto que tenemos en la diapositiva de la afiliación y eso que señalas tú como la necesidad de una transmisión transgeneracional. Yo personalmente sería más partidaria de hablar de una transmisión intergeneracional. Porque, obviamente, lo intergeneracional entiendo yo que es lo que se transmite de una generación a otra, es el legado cultural que se transmite para que la generación siguiente efectivamente esté inscrita en un linaje, y eso entiendo yo que circula desde lo consciente. En tanto que lo transgeneracional puede ser entendido también como lo que se

* Transcripción del debate con Juan Manzano y Marie Rose Moro, participantes de la primera mesa del XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes" tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

transmite de una generación a otra, pero que no ha sido hecho consciente, que no ha sido elaborado desde lo consciente, que son traumas vividos por una generación, generalmente duelos no resueltos, duelos que han quedado enquistados y que una generación traspasa a la siguiente y la generación receptora se hace tributaria de un trauma que no le pertenece, que no le corresponde, que le ha sido inoculado precisamente porque no ha sido hecho consciente, y entonces es como transgeneracional en el sentido de atravesar generaciones, una, otra, a veces incluso hasta la tercera generación.

Entonces solamente plantear este matiz porque para mí me parece que es diferente completamente, lo intergeneracional de lo transgeneracional, y me gustaría escuchar otros planteamientos por tratar de aclarar este concepto.

Público: En la misma línea de lo que acabamos de oír yo estaba pensando que quizá haya una diferencia entre lo transcultural bien arraigado en una sociedad y lo intracultural en rápida evolución y en algunos momentos en descomposición. Quiero decir que me parece que lo que el psicoanálisis puede aportar a la antropología es la idea de que los modelos, las estructuras sociales, tienen que ser apropiados subjetivamente por cada individuo. Y que una cosa es una familia africana, en la cual como describías, hay un modelo de la madre con los hijos y los padres que visitan, cuando la madre y los padres, los visitantes, asumen ese modelo y están identificados con él, y ese mismo modelo en una familia por ejemplo, española, en una sociedad española, en la cual no hay esa tradición y ese modelo plantea, primero se establece en condiciones de urgencia y de improvisación, y segundo, sin que haya habido el necesario trabajo identificatorio. Y esto yo pienso que los niños, en efecto, tienen una capacidad de adaptación, de resiliencia, pero el niño siente muy bien la inseguridad de la madre, del padre, los conflictos identificatorios. En ese sentido me parece que si bien es verdad que estamos obligados a aceptar una multiplicidad en los tipos de familia, me parece que hay que tener una precaución en el sentido de que eso puede crear conflictos identificatorios muy serios en los padres que son sentidos por los hijos.

Xabier Tapia: Un giro pequeño... me ha dado la impresión de que esta clínica transcultural nos obliga a cambios no sólo ya de información teórica sino cambios diría personales profundos a nivel de contratransferencia, de contraactitudes. Permíteme un ejemplo. Una maestra comenta cómo un niño tiene problemas serios con 3 años. Su madre, cuando este niño tenía un año, inmigra de Sudamérica aquí y deja allí al niño con sus abuelos. A los dos años este niño vuelve y es cuando se producen estos problemas de comportamiento que inquietan a la maestra. La madre le refiere que cuando vino, le informó la familia que el niño había caído enfermo de "amartelo" y que para curar el amartelo habían cocido ropa de la madre y esa agua que salía de haber hervido la ropa de la madre se la daban al niño. El niño se había curado.

A lo que voy, cuando comentábamos esto nos sonreíamos irónicamente. ¿Qué era amartelo? Un equivalente a la depresión anaclítica. Más allá de la anécdota, a mí lo que me hizo pensar es por qué nos sonreímos irónicamente. Algo estará a nivel personal. Traslado a una reflexión sociopolítica y cultural. Es habitual hoy hablar de riqueza transcultural, de mestizaje, en términos muy positivos. Me pregunto si estos conceptos no son un poco perversos, es decir, si no hay un sutil desprecio. Porque yo no sé si para los inmigrantes es una riqueza o es una imposición de la realidad brutal. Yo no sé si ellos los plantean en términos de mestizaje, riqueza, la multiculturalidad, etc., o si no son representaciones culturales nuestras, de que para nosotros desde la superioridad sí es una riqueza pero no sé si para ellos esto es simplemente una realidad que se les impone. A mí me lleva desde nuestras actitudes individuales y colectivas a hacer una reflexión crítica de esto que es muy de izquierdas y es muy progresista, pero siempre hablamos creo que desde una cierta superioridad y esto a niveles incluso de clínica, creo que se nos infiltra a veces muy sutilmente.

Mercedes Sastre: Vengo del mundo escolar y ambas ponencias me han suscitado muchísimas ganas de intervenir porque en la escuela nos encontramos con cuestiones como las que habéis planteado, es decir, nuevas familias, las dificultades para atender a los hijos, los problemas que tiene los hijos...

También las familias inmigrantes, sus modelos culturales y la mezcla de ambos, dificultades económicas, dificultades de horarios... Me echaríais del Congreso porque me encantaría hablar y debatir y discutir. Ya que Juan Manzano ha propuesto una comisión permanente de investigación, yo le propondría a él y a la Junta de Sepypna abrir foros de debate en internet de estos temas o de cualquier otros temas que vayan surgiendo en nuestros encuentros para poder intercambiar opiniones entre todos.

Fernando Cavaleiro: A mí me han interesado mucho ambas comunicaciones y creo que abren el Congreso a todo lo que venga después. Si miro una y otra ponencia, en la de Juan Manzano, indudablemente hace una serie de planteamientos, estamos en crisis, riesgo, vacío, alternativas... y al mismo tiempo, cuando te oigo a ti, Marie Rose, también veo una apertura inmensa que no deja de tenerla Juan y que la tienes tú, y que además es salud en cuanto a la mente, a que nos confrontas con que hay que cambiar, la importancia de la interdisciplinariedad, de comprender cosas desde otras perspectivas, de una apertura muy grande; Juan nos habla del bebé abierto para la comprensión de una cantidad de cosas... Pero, en todo caso, dices hay que escapar de alguna forma de lo normativo, pero es que no hay que buscar también. Es que el bebé es tan plástico, y tan indefinido, y tan abierto, que no podemos pensar en que existen unos fenómenos, por ejemplo, de extrañamiento a unas determinadas edades del bebé y que no es lo mismo hacer con eso una cosa que otra, por mucha transculturalidad que haya. Yo estoy seguro de que ahí buscamos también y necesitamos buscar criterios en esa interrelación por muy abierta que sea, tanto por parte de la parentalidad como por parte del bebé pequeño, y que esa búsqueda de los mejores modelos o de lo que se puede acercar a modelos más deseables, que es importante, y que eso tiene que entrar de alguna forma en confrontación con los diferentes modelos que yo creo que no son exactamente iguales en cuanto a los resultados que pueden producir en el desarrollo simbólico de cosas que tenemos también. Quizás ahí caigo en la pertenencia a un modelo más de tipo psicoanalítico, pero creo que el desarrollo simbólico pertenece a la cultura en general. Creo que hay modelos que de alguna forma

habría que propiciar. Pero creo que hoy más que nunca necesitamos en la sociedad en la que se vive límites, nortes, de alguna forma, aunque no sean por supuesto rígidos, que sean todo lo interdisciplinarios que se quiera.

Joana: Lo que quería compartir con los ponentes y con la sala es una preocupación mía que me ha conectado directamente con las comunicaciones, y es el tema de, quizá no tanto los cambios, los nuevos modelos, las transmisiones con las que nos encontramos en nuestra práctica diaria, en nuestras intervenciones, sino la rapidez con la que las familias se encuentran que tienen que elaborar y en la que nosotros tenemos que ayudar. Reconozco que a mí particularmente últimamente me bloquea, el tema no del tiempo, sino de la rapidez con la que todo tiene que suceder, en las familias, en nosotros, en la sociedad... Soy consciente que cada vez que convoco a la familia y veo a los niños es un momento en el que se para y podemos parar todos, para hacer la intervención y para plantearnos todo esto que se está hablando. Continúo sintiendo que no me atrapo, no se atrapan, nadie se atrapa... me preocupa mucho el tema de la rapidez de todo en la intervención.

Marie Rose Moro: Yo sigo con la idea de transgeneracional porque estamos hablando de una transmisión que no sólo es una transmisión a nivel de lo que se ve comportamental y cultural. Es también una transmisión a nivel de imaginación y fantasma. Entonces para mí es algo más global y claro que se transmite lo bueno y lo malo, lo elaborado y no elaborado. Entonces por eso me parece que la idea trans permite pensar a la vez lo colectivo y lo íntimo y me parece más abierta. Para decir que es todo esto que estamos hablando, no sólo cosas por ejemplo como, te transmito la herencia o te transmito objetos de la cultura, son otras cosas más fuertes.

El segundo punto sobre la idea de que lo transcultural y lo intracultural serían diferentes. En este punto yo no estoy realmente de acuerdo. Seguramente no he conseguido transmitir esa idea, pero si se opone esta estructura que se ve en las Islas Antillas de una estructura matrifocal con padres que pasan, tampoco no es una tradición como si fuese algo así fuerte que no cambia de una generación a otra. Todo cambia, lo mismo las

tradiciones, todo cambia, mucho, mucho de una generación a otra. Entonces decir, esto es transcultural, pero de intercultural utiliza la palabra de composición y es eso en lo que no estoy de acuerdo. Claro que puede haber dificultades, claro que puede haber patologías. Pero esto se puede ver en un segundo. Primero hay que poder imaginar cuál es la estructura que se está haciendo, cuál es la creatividad, cuál es la lógica de esta estructura nueva, claro que es rápida, pero con la antropología, con la lingüística, nos cambia la contratransferencia que tenemos hacia eso. Esto es lo que yo quiero compartir con ustedes, si decimos a partir de nuestra disciplina inicial y de nuestra contratransferencia, esto es una desorganización, pues me parece que no, que podemos intentarlo de otra manera. Mirar en otro sitio, mirar de otra manera porque es el trabajo que van a hacer los padres. Muchos de los padres lo consiguen, es decir, en una estructura que cambia de manera muy importante, encontrar los ingredientes para que los niños crezcan y se organicen. Epistemológicamente no es posible oponer la tradición de uno y la estructuración de otro, porque todos son lo mismo, son producciones de nuestras sociedades y claro que es verdad el hecho de que nuestros modelos pueden ser rápidamente normativos. Yo soy psicoanalista y yo creo que todos los modelos, lo mismo el modelo psicoanalítico que al inicio para Freud era un modelo muy transgresivo, si no tenemos cuidado, si no vamos utilizando los resultados y los progresos de las otras disciplinas como Freud lo hacía, nos vamos a encerrar en un modelo normativo, porque la sociedad cambia más rápidamente que nuestra teoría, que nuestra experiencia contratransferencial.

Y no, transcultural no se opone tampoco a intracultural, al contrario. Por ejemplo, la escuela canadiense utiliza la idea de transcultural en el transcultural incluye lo intracultural. No es tampoco intercultural, como se dice en algunos programas que se dice inter. Esto no es un enfoque intercultural, sino transcultural; es decir, que nos enseña la cultura de manera general para la clínica de todos.

Otro aspecto sobre la contratransferencia perversa. La contratransferencia cultural, es decir la manera que tenemos de reaccionar sobre las diferencias culturales van desde lo exótico

al racismo, de la fascinación al racismo. Entonces, claro, tenemos esas posibilidades, por ello tenemos que elaborarlo, pero para elaborarlo no hay que olvidar una familia inmigrante que tiene sus maletas, las cambia, las tira... En la maleta de mi madre había algunas cosas que he tirado pero otras he decidido guardarlas. Hay esta idea de que la cultura es algo estático, pero es algo muy dinámico, iba a decir psicodinámico (risas). Habla del trabajo de la cultura como nosotros hablamos del trabajo intrapsíquico. Claro que las familias en el día a día, las familias inmigrantes quieren ser igual que las otras, que esta diferencia no sea un obstáculo, que no sea objeto de racismo. Pero para funcionar, para transmitir, para ser buena madre, un padre bueno, tengo que tener una representación buena de lo que he traído conmigo. Si no tengo esa representación estoy siempre dependiendo del otro para que me diga cómo tiene que pensar el niño, cómo tengo que hacer para que se críe bien. Hay un poeta que lo dice mejor que nosotros normalmente, y dice que cuando vienes de otro país y estás en minoría tienes que rechazar todo lo que hace referencia a ti. Es como si rechazaras una parte de ti y tienes que funcionar sólo con la parte que sea aceptable para el otro. Esto es a nivel intrapsíquico algo que no se puede imaginar. Después los niños van a hacer un trabajo de coger, consciente e inconscientemente, cosas de allí y cosas de allá, y de hacer una construcción identitaria que no es la misma que la que yo he hecho, por ejemplo. Mi manera de hacer y la de otro, la de un niño inmigrante, no es la misma, pero todos tenemos que hacer un trabajo de construcción identitaria a partir de cosas múltiples.

Jaume Baró: A mí me parece que tampoco lo hacemos tan mal (risas). Yo pienso mucho en nuestros colegas que están en primera fila de todas estas conflictividades educativas. Pienso en el mundo educativo de primaria y de secundaria. Hacen realmente lo que pueden, con muchas dificultades, pero a la reflexión. Fíjate, Juan, que esta visión que a mí me ha parecido apocalíptica de lo que nos espera, a lo mejor no deja de ser una adaptación de nuestra sociedad a las nuevas situaciones con las que nos estamos encontrando. A lo mejor lo que está cambiando es que estamos primando o vamos evolucionando cada

vez más a primar una calidad sobre una cantidad. Entonces las grandes familias patriarcales de cinco, seis, ocho, diez hijos de los que finalmente sobrevivían y con pena, uno o dos, con los duelos en el camino que se tenían que hacer, a lo mejor está dejando lugar a otra forma de organizarse y de vivir en nuestra sociedad de privilegiar el tesoro único o la parejita única y que eso es lo que nos está marcando nuestra evolución. Entre otras razones porque, por ejemplo, la mortalidad infantil casi ha desaparecido y la prolongación de la vida de nuestros mayores cada vez es mayor.

Entonces, reflexionando un poco y si intento ampliar el campo en el que estamos observando, por eso decía que tampoco lo hacemos tan mal, estamos reflexionando sobre todas estas situaciones, estamos oscilando en que nuestras viejas actitudes o nuestros viejos modelos ya no nos sirven, pero intentamos desesperadamente hacer lo mismo que Marie Rose hablaba claramente de buscar nuevas situaciones, nuevas adaptaciones.

Marie Rose sabe que yo le tengo a ella un afecto particular y el hecho de tener entre nosotros a nuestros colegas, yo diría primos, franceses, yo estaba también pensando, fíjense en que a lo mejor nuestros vecinos del norte han tenido que vivir de una manera extraordinariamente dramática lo que nosotros empezamos a vivir. Yo recuerdo la primera vez que visité Toulouse, que es la metrópolis del sur de Francia, donde había barrios y barrios de los despectivamente llamados "pied noirs" que en la traducción literal sería "pies negros" que como ustedes pueden imaginar correspondían a los emigrantes del Magreb y de la Argelia ex francesa. Y ¿qué han hecho los franceses? Pueden ustedes criticar, pero el presidente de la república se llama Sarkozy que, como ustedes saben, es un hombre de lo más profundo francés con connotaciones...una ministra de justicia, si ustedes quieren muy criticable, pero se llamaba Rachida Dati que no es Madeleine, por decir otro nombre, no sé si ven un poco lo que les quiero transmitir.

La ventaja que quizás tengamos nosotros con respecto a los enseñantes y ahí se lo ofrecería cuando ustedes reclaman foros de discusión y de reflexión, es eso. Nos juntamos y al final siem-

pre sale alguno, que he sido yo esta vez, que dice que no lo hacemos tan mal y hemos de ir trampeando con las situaciones y procurando adaptarnos nosotros para ayudar de la mejor forma que podamos a todas estas nuevas situaciones.

Juan Manzano: Esto que dice Jaume me deja apoyarme para decir lo que quería decir. Yo estoy de acuerdo en esto, pero pienso que el debate está abierto, eso es lo más importante e interesante. Porque como ustedes ven, es verdad que estamos confrontados a una situación nueva, hay muchas cosas nuevas. Yo no creo que sea la primera vez, lo que sí es cierto es que va muy rápido. Por lo menos subjetivamente, yo también tengo el sentimiento de que va muy rápido y el problema está en que nosotros (por eso estamos aquí hablando y enfrentándonos con ello) no podemos simplificar y ser optimistas o pesimistas. Hay que verlo todo, los riesgos, no sólo eso sino también los aspectos positivos que los vemos, y esto nos obliga a un proceso que no es tan fácil porque mi opinión con respecto a esto es que tenemos que confrontar las contradicciones. Que éste es nuestro trabajo y que a nuestro cerebro no le gustan las contradicciones, internas sobre todo.

Marie Rose Moro: Y a la cultura tampoco, no sólo al cerebro no le gusta...

Juan Manzano: Y por ejemplo se han abordado numerosas cuestiones que tienen que ver con la identidad, que tienen que ver con la noción de representación y el peso que se le da a la noción de representación es relativo en unos puntos de vista, en otros no ven más que la representación... Yo os resumiré para terminar, yo soy más bien de la concepción de Housebound, historiador inglés, que decía que las representaciones son importantes, pero decía... "los hechos existen" y hay que ver los dos.

Y yo pienso que para las personas individuales, en este caso estamos hablando de familias, y es nuestra obligación. Yo he abordado, puesto que hablamos de niños pequeñitos, por qué no se tienen niños, por qué no se les ve suficiente... es nuestro problema porque nosotros sólo somos especialistas en los problemas. Pero no deja de ser también un desafío. Para terminar ahora y seguir el debate, creo que lo que debemos

combatir y lo que no se puede hacer es, puesto que una cosa es un problema, o simplificamos y negamos la contradicción. Les he citado un ejemplo de la consejera autonómica que tiene una idea de representación de que las mujeres se desarrollan de una cierta manera de acuerdo con su concepción teórica y que por consiguiente es un retraso hablar de su interés por tener hijos y criar a los hijos, por ejemplo, y entonces, cuando se encuentra con este aspecto de la realidad, ¿qué es lo que hace?: lo niega. Yo llamo la atención, y esto lo digo con respecto a Jaume, nuestro problema es si confrontamos de una manera integral todos los aspectos posibles y que no hacemos lo que yo creo que es un mecanismo de defensa, pero que es patológico y culturalmente conduce a cosas horribles, que es la escisión. Cuando la otra cultura es la mala y nosotros los buenos, cuando la otra no existe y yo existo solo (narcisismo), cuando yo lo que pienso es la realidad y no lo que están diciendo otras personas como tú has señalado, estoy actuando por un sistema, en nuestra terminología psicótico, negando y cribando, negando y haciendo la escisión. Pero esto se hace todos los días y nuestra obligación, yo creo, es confrontar esto, porque es lo que yo considero que es la vía terapéutica en el caso de las jóvenes mujeres que tengo la ocasión de tratar. Cuando me doy cuenta de que están escindiendo unas cosas, mi objetivo no es que decidan una cosa u otra, sino que decidan con la mayor libertad posible, que implica ser lo más completo e integrado posible.

LAS NUEVAS PROCREACIONES Y SUS RETOS*

Marian Fernández Galindo**

Épocas futuras traerán consigo nuevos
progresos, acaso de magnitud
inimaginable... y no harán sino aumentar la
semejanza con un Dios. Ahora bien... no
debemos olvidar que el ser humano de
nuestros días no se siente feliz en su
semejanza con un Dios.
Sigmund Freud, *El malestar en la cultura* (1929)

RESUMEN

En la segunda mitad del siglo XX, la eficacia de los métodos anticonceptivos ha ofrecido a las mujeres una extraordinaria libertad para decidir cuándo y en qué circunstancias, quedarse embarazadas.

Separada definitivamente la sexualidad de la concepción, sin embargo, esta capacidad de elegir y de controlar se ha convertido gradualmente, para muchas mujeres, en fuente de ansiedad y culpa.

La demora en la decisión de procrear, unida a la disminución de la fertilidad a partir de los treinta ha supuesto un enorme

* Ponencia presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes" tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra Psicoterapeuta. Miembro de SEPYPNA.
E-mail: mfgalindo5@hotmail.com

auge en la aplicación de las técnicas de reproducción asistida. Asimismo se han incorporado al uso de dichas técnicas mujeres solas, sin pareja, y mujeres en pareja homosexual.

En el presente trabajo se reflexiona sobre el deseo de hijo y sobre el discutible concepto de esterilidad psicógena así como de las posibles consecuencias psicológicas de las técnicas de reproducción asistida tanto en los usuarios como en su descendencia. Palabras clave: Fecundación asistida. Deseo de hijo. Esterilidad psicógena.

ABSTRACT

In the second half of the twentieth century, the effectiveness of contraceptive methods has offered women an extraordinary freedom to decide when, and under what circumstances, to become pregnant.

This has separated the concept of sexuality from that of conception, however, this ability of choice and control has gradually become, for many women, a source of anxiety and guilt.

The delay in the decision to have children, coupled with declining fertility after the age of thirty has resulted in a huge increase in the application of assisted reproductive techniques. These techniques are also being used by single women without partners, and homosexual female couples.

This paper focuses on the desire for a child and the debatable concept of psychogenic infertility and the possible psychological consequences of assisted reproduction techniques in both users and their offspring.

Keywords: ART. Desire for a child. Psychogenic infertility.

Desde hace ya varios años, todo terapeuta ha atendido pacientes con problemas de fertilidad y su dificultad consiguiente para afrontar la dolorosa herida narcisista que representa y para elaborar el duelo, o pacientes que van a abordar o están ya inmersas en procesos de fecundación asistida, con sus muy diversas variedades de programas desde la simple inseminación artificial hasta la más sofisticada fecundación in vitro con

donación de óvulo, y solicitan ayuda psicológica para soportar el notable estrés, físico y psíquico, que comportan esos procesos. Por eso, pensaba que mi experiencia clínica bastaba para hacer una reflexión sobre las consecuencias presentes y futuras de la tecnologización de lo que, hasta hace muy poco tiempo, ha formado parte del misterio de la vida.

Pero dos circunstancias me hicieron despertar de mi ingenuidad y asumir que no es nada fácil desde el lugar de un terapeuta, de un clínico, entender los procesos psíquicos que se ponen en juego.

La primera fue que, prestando atención a los contenidos de las fantasías, conscientes e inconscientes, presentes en las pacientes en proceso de conseguir un embarazo asistido médicamente o de las ya embarazadas con ayuda clínica, no se encuentra ninguna diferencia, ninguna especificidad respecto de los embarazos “naturales”. Las ansiedades, fantasías y expectativas son las mismas que las de cualquier otra embarazada.

Y el encarnizamiento de las intervenciones sobre el cuerpo de una mujer que espera embarazarse por métodos artificiales es vivido como podría serlo cualquier otra intervención médica.

La segunda fue que, a solo 30 años¹ de la aparición de estas técnicas, el propósito inicial, es decir, paliar –que no curar– la esterilidad, ha sido completamente desbordado. El uso actual de las técnicas de fecundación asistida no se limita en absoluto a ayudar en su deseo de hijo a parejas (o mujeres) estériles. Mujeres sin pareja y sin propósito o expectativa de tenerla, parejas de lesbianas, mujeres postmenopáusicas, es decir, con una esterilidad fisiológica, solicitan y reciben la ayuda de los institutos de “infertilidad” (que eufemísticamente se siguen llamando así cuando deberían llamarse institutos de inmaculada concepción, con todas sus resonancias míticas).

Y si de los embarazos tecnológicos que se someten a la observación un psicoterapeuta tiene poco que decir, con mayor motivo de todos estos otros de los que, o bien nos enteramos

¹ El nacimiento de Louise Brown, la primera “niña probeta” tuvo lugar en abril de 1978.

por la repercusión mediática que siempre genera la transgresión o nos los encontramos en la vida que existe fuera de nuestros gabinetes y de la que a veces, poco, participamos. Son casos (es abusivo llamarlos “casos”... son situaciones) que conocemos en o por la familia, los amigos... y que observamos sin poder ni querer eludir nuestra visión psicológica (o psicológizada).

Suelo visitar, durante las vacaciones, a unos amigos que tienen una casa en la playa, dentro de una pequeña urbanización en la que las relaciones de vecindad son intensas. Se comparte el jardín y la piscina y los niños corren entre una casa y otra. Es por esa intimidad que tuve ocasión de conocer la historia de unos vecinos:

Jorge y Arturo son hermanos, tienen 3 años y medio y 15 meses respectivamente. Su familia se compone de los siguientes miembros:

Alicia, la madre, es médico y está casada con Rosa, que es enfermera. Jorge y Arturo han sido concebidos mediante inseminación artificial con semen donado por Armando, que es hermano de Rosa, es homosexual y vive con su pareja.

Ambas parejas son vecinas y también viven en la misma urbanización los abuelos paternos (y también maternos, puesto que Rosa no es madre biológica pero sí legal de Jorge y de Arturo y su hermano Armando es el padre biológico).

La abuela, la encargada de cuidar de los niños durante las largas jornadas laborales de sus madres, orgullosísima de sus nietos, es la que explica con toda naturalidad a sus vecinas la filiación de los chicos, extendiéndose (como todas las abuelas...) en su carácter, sus gracias y sus parecidos.

Todos los que contemplan la situación se sienten confrontados en lo más profundo de su ideología, de su ética y de su tranquilizadora seguridad en el orden de la realidad. Pero para un psicoanalista es un reto mayor.

Las interrogaciones que uno se plantea son inevitables: ¿Cómo y por qué caminos estructurarán el Edipo estos niños? ¿Cómo circularán sus identificaciones, identificaciones de género comprendidas? ¿Alguien se atrevería a anticipar una patología en el desarrollo de estos niños?

Para un psicoanalista, “¿qué extraordinario guiño a las teorías sexuales infantiles son estas cocinas científicas!” (Delaisi de Parseval, 1993).

Es desde esta perplejidad desde la que comencé a reflexionar sobre el tema y también a leer textos. Y es desde esas lecturas, que recorren un período largo ya, desde las que creo que el centro de mi reflexión, que voy a compartir con Vds., ha de ser *la necesidad de mantener como profesionales una ética permanentemente “puesta al día”*².

Al confrontarse con estos temas, hay tres aspectos diferenciables que saltan a la vista y que motivan la reflexión:

- 1.º La cuestión de la demanda. La infertilidad. Sus consecuencias (¿o causas?) psicológicas. Las nuevas demandas de ayuda a la procreación. El cuestionamiento ético del profesional.
- 2.º La cuestión del sufrimiento psicológico (y/o psicopatología) de los padres (y/o madres).
- 3.º La cuestión del destino psicológico (o psicopatológico) de los hijos concebidos en esas condiciones.

Trataré de dar cuenta de esos tres aspectos.

INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo XX, la eficacia de los métodos anticonceptivos ha ofrecido a las mujeres (en nuestro mundo desarrollado, bien entendido) una extraordinaria libertad para decidir cuándo y en qué circunstancias, quedarse embarazadas.

Separada definitivamente la sexualidad de la concepción, sin embargo, esta capacidad de elegir y de controlar se ha convertido gradualmente, para muchas mujeres, en fuente de ansiedad y culpa.

² En una entrevista con motivo de la concesión del Óscar por “Brokeback Mountain”, el cineasta Ang Lee decía que él hacía películas para “sensibilidades puestas al día” (El cultural.es. 19/1/06). Ése es el recuerdo que motiva mi idea de “poner al día” la ética de la práctica psicoterapéutica.

No está claro por qué, pero así sucede, la fertilidad comienza a declinar a partir de la tercera década de la vida. (Lester, 1995).

Al mismo tiempo, parece demostrado que factores de contaminación ambiental perjudican a la fertilidad masculina (y femenina también).

La incorporación de la mujer a la formación superior y al mundo profesional en igualdad de condiciones, cada vez más conseguida, con sus colegas varones, y en entornos muy competitivos, han hecho que las mujeres pospongan, y cada vez más, la realización de su deseo de tener hijos.

La edad media para tener el primer hijo está en la actualidad, en nuestro entorno, en casi los 30 años (de media, es decir que, para muchas mujeres su primer embarazo tiene lugar pasados los 35...). Lo que implica que el segundo hijo, programado también, llegará, si llega, pasados los 35 o rondando los 40...

De manera que, para las mujeres y también para sus parejas, se ha generado un nuevo conflicto, pulsional y yoico: el que enfrenta su deseo de tener hijos con su deseo de desarrollo y presencia social.

EL DESEO DE HIJO

Se han propuesto muchas teorías, desde el psicoanálisis y desde otros paradigmas, para explicar los motivos del encarnizado deseo de las mujeres de tener hijos (o de ser madres... quizá habría que distinguir ambos supuestos...).

Levobici, por ejemplo, lo plantea del siguiente modo. Él sostiene que hay diferentes hijos "en la cabeza" de la madre, es decir, que respondiendo a la pregunta: ¿qué quieren las mujeres cuando dicen que quieren tener un hijo o cuando están ya embarazadas? tendríamos:

- 1) El hijo imaginado, esencialmente preconsciente, elaborado durante el embarazo.
- 2) El hijo de la fantasía, esencialmente inconsciente, que remite a las raíces infantiles del deseo de hijo.
- 3) El hijo mítico, portador de la sombra cultural y del pasado de la madre y de su sistema imagoico. Lo que correspon-

dería, en el fondo, a la sombra de la madre proyectada sobre el hijo.

- 4) El hijo del narcisismo (**Her magesty the baby**, de Introducción al narcisismo).

También Monique Bydlowski se interna por esos caminos. Ella, reflexionando sobre la **representación inconsciente** del embarazo, piensa que el hijo puede ser *el hijo del padre, la sombra de la madre, el sustituto de un ausente obturando el proceso de duelo y desarrollando una fantasía de inmortalidad, deseo de embarazo por el propio embarazo lo que reasegura sobre la capacidad de procreación y proporciona un sentimiento de plenitud, no saturación del deseo de hijo por el hijo real, es decir, el objeto real que no satisface la representación ideal...* (M. Bydlowski, 1998).

Silvia Tubert lo plantea del siguiente modo:

Ella propone establecer una diferencia entre **deseo de hijo** y **deseo de maternidad**.

El primero sería el resultado de la constitución del Ideal del Yo como resolución de la configuración edípica en la niña..., ...que conduciría... en el tercer tiempo del Edipo, a la identificación con los emblemas culturales correspondientes al propio sexo y asumidos como modelo a seguir. (Tubert, 1991)

El deseo de maternidad, por el contrario, correspondería a... *la exigencia de fusión con el Yo Ideal formado a partir de las identificaciones primarias, fusión que conduciría a restituir la posición narcisista de la niña, en la que aún no se reconocía como diferenciada de la madre.*

El deseo de hijo supone el reconocimiento de la castración en tanto que el deseo de maternidad, procediendo de una identificación primaria, es pre-edípico (lo que, en la comprensión lacaniana de la autora, supone una dimensión simbólica para el deseo de hijo, en tanto que el deseo de maternidad corresponde a una dimensión imaginaria).

En el primer caso se trata de **tener** (un hijo); en el segundo, lo que está en juego es **ser** (madre).

En el orden simbólico hay triangulación, hay corte tanto con respecto al Otro (la madre) como con respecto al sujeto mismo (escisión impuesta por la represión que estructura al sujeto como sujeto del Inconsciente). En el orden imaginario hay unicidad y

unidad ilusorias, fusión con el Otro, lo que permite gozar de una supuesta plenitud. (Tubert, 1991).

Mi propia opinión al respecto es que no hay motivo humano que no sufra de la tensión de estos dos vectores: **la necesidad narcisista y la necesidad objetal**³.

En condiciones normales, estos dos aspectos de los motivos para tener hijos permanecen fusionados en un único movimiento, de manera que el embarazo y el hijo, que es su consecuencia, representan una restauración narcisista –dañado el narcisismo por la castración– y un cumplimiento edípico (como Freud pensaba, tener un hijo del padre como única reparación posible de la falta de pene).

Pero cuando el deseo resulta frustrado por la incapacidad para embarazarse, ambas vías quedan separadas y la herida narcisista descubierta, al aire.

Es por la existencia de este doble y diferenciado deseo de hijo y de maternidad que Apfel & Keylor, dos autoras a las que me referiré varias veces, consideran que hay amplia evidencia de que, por ejemplo, *la adopción no resuelve la herida de la infertilidad y su impacto dañino sobre el sentido del self de una mujer...*, *...incluso la existencia de un hijo biológico no protege del agudo estrés de la infertilidad secundaria...* (Apfel & Keylor, 2002).

Es evidente que la infertilidad interrumpe la vía que lleva desde la fantasía infantil de ser madre hasta el preconsciente de la mujer embarazada, impide la filiación cultural de la mujer y daña profundamente su narcisismo⁴.

³ Debo esta teorización que, a mi criterio, aporta un modelo de comprensión de la clínica muy iluminador, a Philippe Jeammet: Ver, por ejemplo, en el nº 8 (1989) de estos Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia: *Trastornos de personalidad y conducta alimenticia en la adolescencia*.

⁴ Una buena muestra de este encarnizado deseo de tener hijos: En el *New York Times* del pasado 11 de octubre, e ilustrando un artículo sobre este tema, se relata la experiencia de una mujer que, embarazada de gemelos, ha de afrontar una intervención de cerclaje del cérvix, pare a sus gemelos, uno de ellos muerto intraútero, en la semana 24, es decir, con gran prematuridad y dos años después afronta un nuevo embarazo también por FIV con el resultado de una (preciosa) niña sana y a término.

EL PROBLEMA DE LA ESTERILIDAD PSICÓGENA

Silvie Faure-Pragier dice que se trata de un concepto **nómada**, importado de la medicina somática⁵. Sería una esterilidad psicógena la que:

- No tiene causa orgánica y
- Que es curable si se cura la causa –psíquica– que la motiva.

Desde hace muchos años, los psicoanalistas se han visto envueltos en el tratamiento de mujeres estériles. Desde 1942, fecha de publicación del trabajo pionero de Therese Benedek⁶, en la literatura aparecen casos de **esterilidad psicógena**. Aun en 1998 hay bibliografía recogida por Roberta J. Apfel y Rheta G. Keylor con ese diagnóstico. A falta de otras explicaciones, las teorías psicoanalíticas han atribuido la causa de la infertilidad a varios y diferentes factores psicológicos:

- 1) Miedo inconsciente y conflicto con el sexo y el embarazo.
- 2) Rechazo de la identificación femenina-materna y de su consiguiente destino reproductivo.
- 3) Rivalidad y consiguiente culpa hacia los varones de la familia.
- 4) Deseo de dependencia.
- 5) Identificación con el padre.
- 6) Envidia de la masculinidad.
- 7) Culpa y hostilidad hacia hermanos enfermos o muertos.
- 8) Apego desorganizado o inseguro⁷.

Puede ser que todas o alguna de estas causas contribuyan a la ambivalencia que muy frecuentemente las mujeres tienen hacia la maternidad y que sean también el motivo de que, en

⁵ Yo tengo mis dudas de que no sea un concepto genuinamente psicoanalítico. En todo caso, si es importado de la medicina somática, desde luego ha sido abrazado con ardor por muchos psicoanalistas.

⁶ Benedek, T. & Rubenstein, B. B. (1942) *The Sexual Cycle in Women: The Relation between Ovarian Function and Psychodynamic Processes*. Washington, D C: National Research Council.

⁷ A esta lista de las autoras citadas habría que añadir una causa, que tuvo gran predicamento en algunos medios, que es la de la autora argentina, kleiniana, Marie Langer. Ella atribuye como causa de “algunas” esterilidades femeninas, el ataque envidioso a la madre fértil...

algunos casos, una mujer posponga la realización de su deseo de maternidad hasta una fecha en que el ocaso de la fertilidad incline la balanza hacia la imposibilidad del embarazo.

Pero también es cierto, como dicen las autoras citadas, que *esos factores son muy familiares y están presentes en el análisis de muchas mujeres que no tienen ningún problema para embarazarse, ya sea planeada o accidentalmente...* (Apfel & Keylor, 2002).

La tendencia a sobreinterpretar y a abusar de la generalización de casos individuales ha sembrado dudas sobre la naturaleza científica de las formas psicoanalíticas de conocimiento, prosiguen las autoras, afirmación que suscribo.

Al mismo tiempo, la literatura psicósomática ha especulado también con las supuestas causas de esterilidad. Por ejemplo, hay un trabajo citado por las autoras a las que vengo refiriéndome que postula la falta de orgasmo, corolario de la frigidez, causada por la masturbación, la que impedía el proceso de inseminación. (Kelly, 1942, en op. cit).

Benedek también piensa que la infertilidad es una defensa *que protege al self y al niño no nacido, al mismo tiempo que le evita a la mujer sufrir la ambivalencia respecto a sus deseos de maternidad.*

Esta idea de que la esterilidad “protege” a las mujeres que la padecen de sufrir de ambivalencia frente a los deseos de maternidad, es mantenida en tiempos mucho más recientes.

Y así, Janaud y Delaisi de Parseval critican apasionadamente la estimulación ovárica en mujeres que no tienen ovulación: *“Condenar a una mujer a ovular, en efecto, es negarse a considerar el significado inconsciente de la anovulación y esa negación contribuye a reforzar las resistencias o a desplazarlas (la cursiva es mía: parece que los autores ven en la anovulación un rechazo al embarazo...) ... Negar el valor de síntoma de la anovulación equivale a hacer pasar a la paciente del estado de mujer al de animal, pues este tratamiento se acompaña del fantasma megalomaniaco de hacer ovular a la mujer como se hace poner un huevo a una gallina ante una señal...”*⁸

⁸ Janaud y Delaisi de Parseval (1983): *L'enfant à tout prix*, Seuil. (Citado por Tubert, S. en op. cit.).

Ni qué decir que la condición “no tiene causa orgánica” se ha reducido enormemente cuando la investigación sobre la fertilidad ha puesto de manifiesto la causa –orgánica– que no era visible con métodos de investigación más rudimentarios.

A medida que se han ido poniendo de manifiesto más y más causas orgánicas de infertilidad, los diagnósticos de infertilidad psicógena han ido reduciéndose.

Hoy en día, menos del 5 % de parejas estériles no encuentran la causa y los avances recientes en genética molecular descubren cada día nuevas causas, ocultas en el fondo del genoma.

A pesar de ello, sigue habiendo literatura reciente que postula causas psicológicas para la esterilidad: Duelos no elaborados por la separación temprana de uno de los padres o por la muerte de uno de los padres (Christie, 1998), culpa por la muerte o el hándicap de un hermano (Allison, 1997), ausencia de ambivalencia y negación de sentimientos negativos hacia el embarazo y la maternidad (Christie, 1998), etc.⁹

De todos modos, para algunos psicoanalistas que, por otro lado admiten la banalidad de un diagnóstico por exclusión, siguen manteniéndose causas psicológicas para la esterilidad (como, por ejemplo, esterilidades secundarias después de duelos, de la pérdida de un hijo, o del nacimiento de hijos anormales) (S. Faure-Pragier, 1993).

Esto nos llevaría a pensar sobre la enorme cantidad de mitos que se sostienen respecto a la procreación y sus vicisitudes, en la medida que, como decía al principio, la reproducción sigue, aún, considerada como un enigma, como el *misterio de la vida*.

ALGUNOS MITOS SOBRE LA FERTILIDAD

La frigidez no disminuye la fertilidad. Igualmente, la adopción no la aumenta. Existe la creencia de que la tensión que genera la espera por un embarazo que no llega provoca, en un

⁹ Ambos autores citados por Apfel & Keylor en op. cit.

mecanismo de retroalimentación, la dificultad para concebir¹⁰. Y que, en consecuencia, resolver la falta de hijos vía adopción restaura la fertilidad. Esto puede ser anecdóticamente verdad para algunas parejas pero no tiene ningún soporte estadístico. Trabajos de los años 60 ya demuestran que la adopción no tiene la menor influencia en la concepción después de largas esperas. Y, paradójicamente, ocurre que más parejas (35 %) que no adoptan, conciben después de una larga espera que parejas que adoptan (23 %) (Tyler et al., 1960; Weir & Weir, 1966, citados por Apfel & Keylor, op. cit.).

LA (PRESUNTA) PSICOPATOLOGÍA DE LAS (Y LOS) DEMANDANTES DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Mucho se ha escrito sobre las fantasías conscientes e inconscientes, arcaicas, regresivas, que la procreación en esas condiciones suscita. Entre todas ellas, yo destacaría las siguientes:

Fantasia partenogenética, la Inmaculada Concepción¹¹. Por ejemplo, algunas lesbianas que conciben banco de semen mediante, al menos en lo manifiesto, establecen una poderosa negación sobre la colaboración de un varón en su embarazo. Lo masculino reducido a una muestra¹².

¹⁰ Sin embargo, en mujeres con altos niveles de ansiedad o depresión, su dificultad para modular el compromiso emocional con las técnicas de reproducción, provoca ansiedad anticipatoria lo que determina altas concentraciones de cortisol, que pueden tener una influencia negativa en el éxito de la fecundación (Demyttenaere & al. 1991. Citado por Apfel & Keylor).

¹¹ Agradezco al Dr. Luis Feduchi la puntualización sobre este error, habitual, y que yo cometo también, que confunde dos dogmas diferentes de la teología católica: El dogma que “sostiene” la fantasía partenogenética, no es el de la Inmaculada Concepción (que se refiere al privilegio divino por el cual María nace sin Pecado Original) sino el de la Anunciación: “El Ángel del Señor anunció a María... y concibió por obra y gracia del Espíritu Santo”.

¹² La nueva terminología que aparece como consecuencia de las técnicas de fertilización ¿supondrá una ruptura epistemológica? (C. Mejía y cols., 2005). En todo caso, el universo representacional que surge es, sin duda, novedoso y un buen juguete para semiólogos y epistemólogos. En español el semen de donante en su preparación para ser usado se llama **muestra**, porción de cualquier cosa, dice doña M.^a Moliner; por el contrario, en francés se dice **paillette**, escama, lentejuela, que convoca ideas más “poéticas”...

Fantasías de omnipotencia proyectadas en el médico. Es frecuente que las mujeres sometidas a reproducción asistida establezcan un vínculo transferencial profundamente idealizado con su médico y desarrollen sentimientos regresivos de infanti-lización y sometimiento y también fantasías incestuosas, según las cuales un padre demiurgo les daría el hijo deseado.

Fantasías de eternidad. La cuestión de los embriones congelados. La posibilidad de guardar embriones sobrantes de una estimulación ovárica con el fin de acometer futuros implantes genera toda una serie de conflictos, en el imaginario y en la realidad. Los problemas éticos y legales que se suscitan son interminables. Y el terreno de nadie legal favorece una fantasía de vida eterna.

Sin embargo, todas estas fantasías no son específicas de los embarazos tecnológicos. La fantasía de autoengendramiento, de partenogénesis, puede aparecer, y aparece, en mujeres que han concebido de manera natural, fantasías de las que, por otra parte, está llena la literatura y la mitología. Esto no le extrañaría al que conoce las teorías sexuales infantiles que son muy anteriores a estos métodos de procreación milagrosa.

Tampoco tiene ninguna especificidad la fantasía omnipotente ni la transferencia idealizada con el médico. Es habitual que el ginecólogo ocupe un lugar de representante del padre omnipotente de la infancia. Igual que el médico y, más precisamente, el cirujano, en pacientes con enfermedades graves en las que se le idealiza como salvador.

Pero, como dice Sylvie Faure-Pragier, *es fundamental no confundir la fantasía con la realidad..., ...no se puede volver al pasado, detener el conocimiento..., ...aunque sí podemos interrogarnos sobre hacia donde nos llevan esos conocimientos.*

Aquí estamos, incómodos por tener que admitir la incertidumbre. Atrapados en un sistema ético, no podemos plantear asertos más que parciales y provisionales... (S. Faure-Pragier, op. cit.).

Las mujeres con infertilidad crónica y duradera tienen los mismos perfiles en los tests psicológicos que las mujeres con cáncer, enfermedad cardíaca, hipertensión, dolor crónico y sida (Domar & al., 1993. Citados por Apfel & Keylor). Hacer frente a la

infertilidad es exactamente igual que hacer frente a una enfermedad grave¹³.

Claro que las nuevas tecnologías pueden crear, o contribuir a crear, un trauma adicional que la terapia psicológica está en condiciones de ayudar a minimizar. Pero lo cierto es que unas mujeres resisten mejor que otras. Y, en ese sentido, el propósito de exigir, que no ofrecer, consulta psicológica para las mujeres en esas circunstancias, me parece abusivo.

De las seis mujeres de mi casuística, todas lograron un embarazo mientras estaban en tratamiento. Pero eso en absoluto me permite pensar que el éxito tuvo que ver con la psicoterapia. En un caso, el tratamiento la ayudó a tolerar con paciencia la espera para un embarazo natural que se retrasaba y para el que ya había hecho una consulta de infertilidad. ¿Tal vez sin mi ayuda no habría esperado y se habría lanzado a un tratamiento costoso y molesto? No lo sé.

En otro caso, la paciente había venido a tratamiento por otro motivo, pero cargaba con el fracaso de cinco intentos de FIV en el pasado. Fue en el curso del tratamiento que decidió solicitar y aceptar una donación de óvulo, lo que terminó en el nacimiento de una niña sana. ¿Fue la psicoterapia la que, al deshacer algún conflicto del pasado infantil y algunos duelos “atascados”, le ayudó a afrontar su deseo y su destino de madre? Tampoco lo sé.

Al acabar mi reflexión me di cuenta de que había dejado completamente de lado las consecuencias sobre el psiquismo masculino de estas “nuevas procreaciones”, es decir, que había caído yo también en la fantasía de autoengendramiento que he descrito anteriormente y en el mito de la concepción inmaculada. Parecería que este asunto de las procreaciones medicalizadas es cosa de mujeres y sólo de mujeres. Por otro lado, bien es verdad que son las mujeres las que afrontan la parte más pesada de las técnicas reproductivas.

¹³ Es verdad que para el psicoanálisis otros paradigmas psicológicos y, entre ellos, en un lugar importante el paradigma cognitivo, son objeto de sospecha, pero...

He de decir que carezco de experiencia sobre el terreno. Nunca he tenido un paciente que haya sido partícipe de una concepción artificial.

Conozco tres niños gestados con óvulo de donante en los cuales el padre, padre biológico y padre legal, tienen un vínculo con sus hijos absolutamente gozoso.

En general, en mis casos de mujeres en procesos de fecundación asistida, sus parejas han impuesto un secreto estricto sobre las prácticas de fecundación, expresión, supongo, del intenso malestar narcisista que les produce una fantasía de esterilidad (aunque no sean físicamente estériles). El no ser capaces de embarazar a su mujer y, por tanto, de rivalizar con éxito con el padre procreador, hace que vivan la intervención médica con vergüenza y violencia. Frente a su incapacidad está la omnipotencia del médico que le dará a su mujer lo que él no ha podido darle¹⁴.

Hay estudios en función del género, sobre las vicisitudes de las parejas infértiles y parece que los hombres soportan las técnicas con menos estrés que las mujeres¹⁵.

Y FINALMENTE, ¿CUÁL SERÁ EL DESTINO PSICOLÓGICO (O PSICOPATOLÓGICO) DE ESTOS NIÑOS?

En este punto, tendríamos que distinguir entre las consecuencias, si las hubiere, de las procreaciones tecnológicas que no afectan a la filiación de aquellas que sí la afectan.

No parece que los orígenes remotos que pasan por la unión de los gametos en un tubo de ensayo y no en la trompa de Falopio pero que preservan la continuidad de la estirpe, tengan la menor influencia en el psiquismo de los hijos. Las fantasías originarias, universales, que se emparentan con las teorías sexuales

¹⁴ En nuestro medio, los médicos que se dedican a la infertilidad son, con gran frecuencia, mujeres. En estos casos, las ansiedades que se despiertan son de otro orden.

¹⁵ La infertilidad de una pareja es imputable al varón en un 45% de los casos.

infantiles y con la novela familiar del neurótico sobreviven y trascienden a casi cualquier embate de la realidad. Así que para un individuo saber que su origen empieza en un tubo de ensayo, o que es fruto de una selección espermática, no pone ni quita absolutamente nada.

Con ocasión de su 25 cumpleaños, la prensa publicó entrevistas con Louise Brown, la primera “niña probeta”¹⁶ e igualmente, tres años después, con Victoria Anna, la primera española nacida con técnicas de fertilización *in vitro*. Para ninguna de las dos tenía el menor significado su inimaginable origen remoto.

Genevieve Delaisi de Parseval habla de John, el pequeño australiano que fue el primero concebido, en su país, mediante criogenización de embriones, extrañada por la naturalidad con que él mismo y su entorno manejaban su origen. Él enseñaba su habitación y en ella los dibujos que habían hecho sus tías mientras lo esperaban (un “renacuajo” dentro de un cubito de hielo). De siempre le llamaban todos Frosty (“Escarchita, Congelado”), incluso en la escuela...

Cuestión diferente es cuando la procreación tiene lugar mediante donación de material genético, es decir, donación de espermatozoides y donación de óvulos.

Aquí, he de dar un paso atrás para volver al desafío ético y psicológico con el que se ve enfrentado el terapeuta. Cuando uno aborda casos como éstos, muchas veces uno se encuentra pensando: *¡Pero... están locos estos médicos jugando a ser Dios...!* (Faure-Pragier, 1993). Y aquí vuelven a involucrarse irremediablemente los fantasmas del terapeuta, sus preconcepciones, su propia forma de entender... *el misterio de la vida*.

Hay pocas publicaciones que aborden específicamente la cuestión, y la investigación psicológica se mezcla con cuestiones éticas y legales. Algunos trabajos extrapolan los problemas

¹⁶ Claudia Mejía y cols. han estudiado el discurso verbal, el universo semántico alrededor de las técnicas de reproducción asistida y concluye que la realidad introducida exige de la implementación de una nueva terminología (que tal vez, en el futuro, permitirá asimilar sin demasiadas dificultades, cosas hoy paradójicas). Al hilo de esta reflexión, ¿Quién habla ya hoy en día de “niños probeta”?

de identidad que encuentran en los chicos adoptados a los niños concebidos con la intervención de donantes, y hablan de “desconcierto genealógico”.

También se ve involucrada la cuestión del secreto. ¿Hay que comunicar a los niños la identidad de los donantes? Cuestión pantanosa donde las haya.

Es verdad que es diferente pensar que Papá y Mamá son papá y mamá, aunque haya que trasladar la escena primitiva a un laboratorio, que asumir un origen enigmático que viene de un don, de un regalo de un desconocido. La legislación en relación con la donación de material genético va de un extremo (exigencia de secreto, en países como Francia, Alemania y España) al contrario (exigencia de transparencia en Gran Bretaña y Suecia).

Algunos trabajos abordan también la cuestión del momento oportuno en que se debe comunicar el origen al niño y, como no podía ser de otro modo, encuentran que la reacción de los niños es mejor cuando se enteran alrededor de los 7 años que cuando se les comunica en la adolescencia.

En cuanto a los niños concebidos por mujeres en pareja homosexual, parece que todos los estudios avalan la idoneidad de esas familias para criar niños. Según Alfredo Oliva, profesor del Departamento de Psicología Evolutiva de la Universidad de Sevilla, refiriéndose a los niños nacidos y criados en familias homoparentales, dice que el tipo de estructura familiar no influye en el desarrollo del niño “y que éste depende del nivel de estimulación, de apoyo social y de afecto que reciba”¹⁷.

Existe un metaanálisis realizado por dos psicólogos de la Universidad de Nancy y publicado en *La Psychiatrie de l'Enfant* en 2005. De 311 publicaciones, los autores seleccionan 38 por su orientación empírica y experimental. *Lo primero que se constata –dicen los autores– es que son más numerosos los intercambios de puntos de vista y las discusiones sobre el tema que*

¹⁷ Datos obtenidos de un estudio llevado a cabo por la Universidad de Sevilla y la del País Vasco con asesoramiento de la Universidad de Cambridge, mediante entrevistas a 200 familias de seis tipos: tradicional, monoparental, reconstituida (segundas parejas con hijos), homoparental, múltiple (con mellizos o trillizos) y adoptiva. (Diario *El Mundo*, suplemento *Salud*, 14 abril 2009).

las verdaderas investigaciones. Por otra parte, y descontando algunos defectos metodológicos de los trabajos, no se comprueba una mayor vulnerabilidad en estos chicos.

Otro elemento que señalan los autores es el *contexto polémico y militante en que se realizan estos trabajos.*

A conclusiones parecidas llega un trabajo publicado en nuestro país en la revista *on-line* "Psicología.com" por José Luis Pedreira y cols.

Como psicoanalistas, solemos sospechar de los estudios de base cognitiva. Pero, por otro lado, no tenemos ninguna posibilidad de competir con ellos con nuestro modelo caso-a-caso.

Y, desde luego, nuestra suspicacia (es verdad que sostenida por legítimos planteamientos teóricos) no nos autoriza a formular asertos como el que sigue:

"Toda situación actuada en el escenario de la realidad que se aproxime demasiado a una representación fantasmática reprimida ejercerá, respecto a esta última, un poder de imantación. La removilización de este fantasma puede hacerle muy difícil a la madre no proyectar al niño en el lugar de un objeto autoengendrado por la omnipotencia del propio deseo o en la de un niño que vendría a realizar un deseo incestuoso". (Piera Aulagnier, 1989, *Quel désir pour quel enfant*. Topique. Citado por Delaisi de Parseval en op. cit.).

Estando de acuerdo en que la fantasía de autoengendramiento o la fantasía incestuosa pueden estar presentes, sin embargo, ¿porque tiene que ser "difícil" que ocurra de otro modo?

Aún es pronto para saber, pero me gustaría terminar con unas palabras de maestro: René Diatkine, ya en 1985, en el coloquio *Genética, procreación y derecho*, decía: *"La impresionante plasticidad del psiquismo humano –en ciertas condiciones que sólo pueden conocerse a posteriori– obliga a la mayor prudencia y prohíbe toda actitud categórica para predecir qué será perjudicial y qué favorable..."* (René Diatkine, 1985, citado por S. Faure-Pragier, en op. cit.).

BIBLIOGRAFÍA

Apfel, R. J. & Keylor, R. G. (2002). *Psychoanalysis and infertility: myths and realities*. Int. J. Psychoanal. (2002) 83, 1.

Bydlowski, M. (1998). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. PUF, coll. Le fil rouge.

Delaisi de Parseval, G. (1993). *Propos sur le saturnisme ou "Peut-on rester psychanalyste quand on s'occupe de procréations artificielles?"*. Rev. Franç. Psychanal. 4/1993.

Faure-Pragier, S. (1993). *L'insoutenable neutralité du psychanalyste face à la bio-éthique*. Rev. Franç. Psychanal. 4/1993.

Mejía, C., Germond, M. y Ansermet, F. (2005). *Les mots et les choses autour de la fécondation in vitro*. Psychiatrie de l'enfant, XLVIII, 1.

Pedreira Massa; J. L. y cols. (2005). *Parentalidad y homosexualidad*. Psicología.com

Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Siglo XXI, ed.

Vecho, O. y Schneider, B. (2005). *Homoparentalidad et développement de l'enfant. Bilan de trente ans de publications*. La Psychiatrie de l'Enfant, vol. 48, 1.

NACER DE NUEVO: LA CRIANZA DE LOS NIÑOS PREMATUROS: LA RELACIÓN TEMPRANA Y EL APEGO*

Fernando González Serrano**

RESUMEN

Durante las últimas décadas, la supervivencia de los niños nacidos con gran prematuridad y muy bajo peso (menos de 1500 g y de 33 semanas de gestación) ha mejorado significativamente, lo mismo que su estado de salud. Se describen algunas características de dichas situaciones, considerando la vulnerabilidad biológica de estos recién nacidos, la experiencia de los padres, especialmente el estrés materno, y la relación padres-bebé y el modelo de apego entre ellos, y los potenciales efectos sobre la crianza y evolución del niño prematuro y su familia. Algunos de estos datos han tenido su origen en una investigación acerca de la evolución a los 2 años de una población de 90 grandes prematuros y sus familias.

Palabras clave: Prematuridad. Crianza. Relaciones tempranas. Desarrollo mental y psicomotor. Apego.

* Ponencia presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYNA que bajo el título "Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes" tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra. Centro de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Uribe. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Getxo (Bizkaia). Psicoterapeuta y miembro de Sepypna. Correspondencia: c/Alangobarri 7, bis. 48990 Getxo (Bizkaia). E-mail: fernando.gonzalezserrano@osakidetza.net.

ABSTRACT

During the last decades, the survival of those children born with great prematurity and very low weight has significantly increased, and their health status has simultaneously improved. Some characteristics of these situations are described: the biological vulnerability; parents experience, specially mother stress; parents-child relationship and attachment pattern; and the effects of all of this on parenting and premature infant and his family evolution. Some of this data proceed from a study about the development of 90 children with great prematurity and their families, at 2 years old.

Keywords: Prematurity. Parenting. Early relationships. Mental and psychomotor development. Attachment.

INTRODUCCIÓN

Trataré dos conceptos, crianza y prematuridad, que han adquirido estas últimas décadas nuevos sentidos en la vida cotidiana y en nuestra práctica como profesionales implicados en el desarrollo del niño y su salud mental presente y futura.

Este congreso tiene como tema central el de los cambios en la crianza en las sociedades occidentales tomada en su globalidad, es decir, abarcando la infancia y la adolescencia. Sabemos que, en estos tiempos, ciertos términos como el de crianza son cuestionados desde el purismo y las exigencias de lo supuestamente científico. Quiero hacer un reconocimiento desde aquí a dos maestros clásicos que le dieron un sentido y una gran importancia. El primero es el profesor Ajuriaguerra que sabemos que, a través de sus escritos y por el testimonio de algunos que le conocieron personalmente, reivindicaba este concepto. El otro es el novelista Gabriel García Márquez que recoge, con su manera mágica y cautivadora de contar la aventura de la existencia, el sentido de encuentro interpersonal que supone la crianza. Cuenta en su novela "El amor en los tiempos del cólera" los avatares del nacimiento del primer hijo de la protagonista, Fermina Daza, con estas breves y hermosas palabras: ella "...aprendió a conocerlo, se conocieron, y descubrió con un grande alborozo que los hijos no se quieren por ser hijos sino por la amistad de la crianza".

Voy a tratar de ese periodo inicial de la vida, tomando la acepción más literal de crianza como la acción de alimentar y nutrir al niño por parte de la madre o la nodriza, periodo del amamantamiento, unida a la más general de cuidar material y emocionalmente el crecimiento de un niño.

Actualmente las trasformaciones en los modos de reproducción y en las condiciones de vida y edad de las madres han hecho que los nacimientos prematuros lejos de disminuir hayan aumentado, apareciendo una población de niños con características y necesidades específicas. En torno al 10 % de nacimientos precisan un tiempo de hospitalización en la Unidad de Neonatología, siendo la mayoría recién nacidos con grados diversos de prematuridad.

Los grandes avances de la neonatología han logrado que la supervivencia de estos bebés prematuros haya mejorado significativamente, al igual que su estado de salud una vez superado el periodo neonatal. Los problemas tanto de supervivencia como de morbilidad a corto y largo plazo se concentran en los recién nacidos prematuros con muy baja edad gestacional (menos de 33 semanas) y de muy bajo peso (menos de 1.500 g) y, más aún, con extrema prematuridad (por debajo de 29 semanas y de 1.000 g). Son estas poblaciones, consideradas de riesgo, las que se incluyen en los programas de seguimiento y sobre las que se realizan estudios longitudinales. El objetivo es estudiar el origen de los problemas de salud a corto plazo y en su evolución, y las consecuencias en su calidad de vida futura. Una de las limitaciones de muchos de estos estudios es que no identifican más que manifestaciones visibles y objetivables según criterios médicos, sin tomar en cuenta la vivencia subjetiva del niño y los padres, y las proyecciones acerca del futuro de estos niños y la construcción de su identidad.

La vulnerabilidad biológica de los recién nacidos prematuros, así como los problemas médicos añadidos y la necesaria estancia en el hospital, a veces durante un periodo de meses, alteran las habituales condiciones de un nacimiento a término y se han revelado como un factor de riesgo que puede afectar, perturbándolo, el desarrollo psíquico y relacional de estos niños. A ello se añade la vivencia de la familia, especialmente la madre,

sometidos a un suceso de gran impacto emocional y siempre inesperado.

La prevención ha ido tomando más relevancia durante las últimas décadas, a medida que se han ido identificando factores de riesgo somato-biológicos y psicosociales sobre los que se centrarán las diferentes intervenciones.

Algunos datos han surgido de una investigación sobre la evolución de una población de 90 grandes prematuros –cuando cumplían 2 años– y sus familias, atendidos por la unidad de neonatología del Hospital de Cruces (Bizkaia), a cuyos profesionales quiero agradecer y reconocer desde aquí, lo mismo que al resto de compañeros, psicólogos y psiquiatras, que han participado en esta investigación, y al departamento de Sanidad del Gobierno Vasco que la ha subvencionado (Lasa et al., 2008).

EL NACIMIENTO PREMATURO: LA VIVENCIA DEL BEBÉ Y DE LA FAMILIA

El nacimiento de un bebé con gran prematuridad ilustra claramente la interconexión de lo somático, lo psíquico y lo ambiental, o de otro modo, permite estudiar la interrelación entre los efectos del riesgo médico-biológico (problemas neuroevolutivos) y del riesgo psico-emocional (trastornos de las interacciones precoces, el ejercicio de las funciones parentales, la capacidad de afrontar el estrés...). Asimismo, supone una situación muy particular que va a hacer que las conductas interactivas entre bebé y cuidadores se vean influidas de diversas maneras.

Del lado del recién nacido encontramos que presenta características todavía fetales y que está sometido, con esa inmadurez, al ambiente hospitalario de múltiples estimulaciones y maniobras exteriores. Del lado de los padres, éstos se ven confrontados a circunstancias como un embarazo acortado, una ruptura y una separación inicial, a menudo sin poder ver ni tocar al hijo, de larga duración, y con un bebé percibido como en peligro de muerte y con riesgo de anomalías y secuelas.

Vamos a profundizar un poco más en lo que las investigaciones del desarrollo temprano y las observaciones de recién nacidos nos aportan.

El bebé prematuro debe completar su maduración física, y su desarrollo neurológico sometido a estímulos exteriores (ruidos, luces, cambios de temperatura) ante las que reacciona desde su inmadurez. Son reacciones neuromotrices rígidas y limitadas. Sus ritmos biológicos no están establecidos, a menudo está en un estado de somnolencia interrumpido por movimientos.

Desde el punto de vista de la maduración neurológica, una probable explicación es que la corteza cerebral y las redes subcorticales no están completamente maduras. La organización de las neuronas del lóbulo frontal, del que dependen muchos aspectos de la inteligencia y personalidad, ocurre en un estadio tardío de la gestación (Kleberg et al. 2006).

Desde la observación de la vida psíquica, estos bebés parecen estar todavía a la espera de nacer, en una especie de apatía que parece ignorar los intercambios con el ambiente cercano. Si se está atento, muchos de ellos expresan ciertos indicios de reacción a estímulos como los de malestar o dolor (durante mucho tiempo negados), con discretas variaciones del tono y la postura, la mímica, la coloración de la piel (Sibertin-Blanc, et al. 2001; Jacques, 2003).

Es lógico pensar que, para no alterar el desarrollo del prematuro durante esta fase, altamente sensible, se requieren unas condiciones, incluida la calidad de las interacciones con el entorno, especialmente ajustadas al grado de maduración. Pero los cuidados que necesitan para su supervivencia están también alejados de los de un bebé a término: la alimentación con sonda nasogástrica, la repetida toma de muestras y de constantes, la aplicación de medicaciones, en algunos las intervenciones quirúrgicas o la intubación respiratoria.

No podemos dejar de plantearnos cómo estos bebés viven todo lo anterior, qué huella dejan estas experiencias en su desarrollo neuropsicológico.

En general hay acuerdo en que las capacidades de interacción y de regulación de las respuestas motrices y emocionales de los grandes prematuros son más limitadas que las de recién nacidos sanos a término y están aún más afectadas cuando sufren complicaciones médicas (Mazet et al. 1990; Bozzette, 2007).

A diferencia del recién nacido a término, que descubre e integra constantemente el entorno a través de la motricidad, el prematuro es invadido por aquel, no pudiendo integrarlo. Muchos prematuros deben dedicar su energía a reaccionar a los estímulos ambientales, a menudo de malestar y dolor, defendiéndose por medio de reacciones diversas y poco organizadas, quedándole poca energía para la interacción con los padres. Se observa poca reactividad ante el rostro humano y a la voz, más dificultad para ser consolados y para entrar en diálogo tónico con el cuerpo de la madre. Se habla de déficits interactivos, con más momentos de evitamiento y replique. A pesar de ello, no se ha encontrado en la evolución de los grandes prematuros una incidencia mayor de trastornos graves de la vinculación y la comunicación de tipo autístico que en la población normal.

Además ciertas áreas claves de las interacciones tempranas se le imponen careciendo de otras: es alimentado sin que haya planteado su necesidad, no tiene la experiencia de los brazos y el contacto con el cuerpo de la madre ni su olor. Demasiados estímulos sensoriales (luz y ruido) y escasas sensaciones cenestésicas como podría tener en el útero o en condiciones de contacto en los brazos de la madre o en el amamantamiento.

A pesar de estas características generales citadas, hay una gran variabilidad entre los grandes prematuros: unos se muestran hiperexcitables y presentan gritos y descargas motrices ante mínimos estímulos; otros son más apáticos y no reaccionan a las estimulaciones del entorno; por último, otros se sitúan entre los dos extremos, demostrando capacidades notables de regulación de los estados de vigilia y de entrar en interacción con los padres, por ejemplo orientándose hacia sus voces o manteniendo un tiempo la mirada mutua.

Del lado de los padres, hay que destacar que se produce una ruptura para ellos de los procesos psíquicos que son propios del embarazo. El niño prematuro, a pesar de todas las preparaciones –cuando ello es posible– llega siempre de un modo inesperado. Adquiere el carácter de un traumatismo psíquico intenso, especialmente para la madre que, a menudo, ha tenido que pasar además por problemas médicos o por una cesárea, y por periodos de incertidumbre y ansiedad relacionados con

todo ello. Aunque no hay un modo único de reacción de los padres (va a depender de la personalidad previa de estos, de los apoyos recibidos, de las actitudes de los profesionales del servicio de neonatología que atienden a su hijo), se considera de modo global una experiencia de estrés y gran desbordamiento emocional.

En el estudio llevado a cabo por nuestro servicio (Centro de Psiquiatría Infanto-juvenil de Uribe, Getxo-Bizkaia) en los años 2006 y 2007 –entrevistando a madres de grandes prematuros cuando estos cumplían 2 años de edad corregida– hemos encontrado que éstas referían haber padecido un nivel de estrés durante el primer año de vida de su hijo significativamente más elevado que la población de madres de niños sanos a término (la probabilidad de padecer síntomas altos de estrés era del doble en las madres de prematuros). Se expresa a través de sintomatología ansiosa y depresiva de intensidad variable. Algunos autores encuentran que un porcentaje relativamente alto de madres de grandes prematuros tienen síntomas que cumplen criterios de un trastorno clínico.

En pocos casos, sin embargo, las madres de nuestro estudio habían solicitado consulta o apoyo psicológico o tomaban psicofármacos. A pesar de ello, algunas seguían teniendo –dos años después del nacimiento de su hijo– dificultad para recordar la estancia en el hospital sin verse desbordadas por la emoción o el llanto, o tener que recurrir, como modo de protección, a la racionalización o el olvido.

Los testimonios recogidos para valorar el estrés materno (utilizamos la Entrevista semiestructurada R de Representaciones Maternas –Stern et al., 1989)– incluían intensas y contradictorias emociones ligadas a los recuerdos de la situación de inmadurez y de incertidumbre por el estado de salud de su hijo, sobre todo los primeros días o semanas tras el nacimiento; a la separación de él y a las frecuentes vivencias de frustración en las actividades de crianza posteriores, cuando ya el bebé ha sido dado de alta del hospital.

El periodo que rodea y sigue al nacimiento prematuro se caracteriza por un sentimiento de irrealidad: las madres son confrontadas a la brutalidad del nacimiento y la imposibilidad de

desplegar los comportamientos esperables, sobre todo por la ausencia del hijo a su lado. En ocasiones ni siquiera pueden verlo o tocarlo, verdadera prueba de realidad, a partir de las que pueden construirse (o continuar construyéndose) las representaciones del bebé.

El impacto de este nacimiento supera los procesos de mentalización y los padres registran una serie de imágenes que no se integran: “Tuve la sensación de que me habían quitado al niño... estuve una semana sin verle”; “La sensación desagradable de que me lo sacaron... que tiraban de mí”; “En urgencias la Dra. me dijo que o nace muerto o con graves secuelas para toda la vida... no se me ha olvidado, fue muy duro”; “Sensación de que no has completado algo, que no lo has vivido. Al principio angustiada por si iba a vivir... cada hora con el móvil encendido esperando. Mucho esfuerzo... sacarte la leche todos los días, estaba muy apagada. Es difícil imaginarte el futuro cuando no sabes si va a vivir”; “No puedes olvidarte de ello. Cuando vuelvo al hospital no podría entrar en neonatal aunque me dejaran”; “Ahora puedo, pero antes no pude hablar de ello durante meses”.

Algunos autores hacen equiparable esta situación a un trastorno por estrés postraumático, perdurando sus efectos y síntomas en el tiempo en forma de impresiones e imágenes persistentes en la memoria, intentos de ignorar o evitar ciertas experiencias concretas o alerta emocional (Pierrehumbert., et al 2003). También se ha comparado esta experiencia a una reacción de duelo, refiriendo muchos padres tristeza, rabia, culpa, desesperanza, pérdida de apetito y dificultades de sueño. Hay padres en que esto puede transformarse en aflicción crónica, y vuelven a experimentar, periódicamente, a lo largo de la infancia de su hijo los sentimientos relacionados con el nacimiento. Suele ocurrir coincidiendo con enfermedades o intervenciones quirúrgicas del niño, cuando les dejan en manos de cuidadores externos o cuando se hacen patentes ciertos retrasos del desarrollo o el diagnóstico de discapacidades (Miles et al., 1997).

Aunque, en general, la evolución suele ser hacia una progresiva adaptación, disminuyendo el estrés relacionado directamente con el estado del hijo y aumentando el relacionado con

las tareas cotidianas de la crianza, es frecuente encontrar una relación entre padres e hijo teñida de inseguridad, como perseguida continuamente por esas primeras imágenes de su bebé prematuro, con un sentimiento de inquietud ante el menor signo de autonomía y miedo al futuro (Singer et al., 2007). Sin duda, tampoco estos bebés, a veces tan pasivos, les ayudan a establecer su confianza como padres. En entrevistas con padres de grandes prematuros, cuando éstos tenían 7 años, todavía persistía una intensa carga emocional acompañando los primeros recuerdos del bebé: estaban aún llenos de su culpabilidad, su vergüenza y su inseguridad inicial (Sibertin-Blanc et al., 2001).

Los padres, y sobre todo la madre, ven suprimidos las últimas semanas o meses de embarazo, de tanta importancia para las elaboraciones fantasmáticas que acompañan el proceso de maternidad. Este último periodo, por un lado de disminución progresiva de las fantasías y pensamientos de la madre acerca de su bebé, permitiendo más la presencia real de éste, con sus movimientos y su “propio carácter” y, al mismo tiempo, de plenitud y alegría, parece ser indispensable para la puesta en marcha de la “preocupación maternal primaria” (Winnicott, 1979), ese estado de particular sensibilidad y adaptación de la madre a las necesidades del recién nacido. El parto prematuro, en el 5.º, 6.º o 7.º mes de gestación, provoca que el bebé real irrumpa en la vida mental materna cuando ésta tiene todavía muchas representaciones del bebé imaginario, con el agravante de ser un bebé inmaduro o enfermo y en graves riesgos (Ammaniti, 1991). Ésta es una de las situaciones que más perturba esa preocupación maternal primaria y, más ampliamente, las funciones parentales y la relación con el bebé.

El último periodo de hospitalización previo al alta, en una zona poco medicalizada, favorece el ajuste de las representaciones de los padres, permitiendo una cierta represión de las representaciones de un bebé frágil y enfermo, para dejar su lugar al bebé sano del que ellos pueden ocuparse. Este trabajo psíquico va a ser importante que continúe durante los primeros meses fuera ya del hospital, para transformar la experiencia del “nacimiento de un bebé prematuro” por la del “nacimiento prematuro de un bebé”. Los padres en los que el impacto traumático

revela carencias narcisistas importantes, o en otros términos inseguridad en sus modelos internos de apego, tienen dificultad para esta elaboración, quedándose fijados a una imagen de un bebé prematuro, dañado, a veces persecutoria (Druon, 1996).

Para intensificar la desorganización emocional aparecen los sentimientos de culpabilidad con un rebrote de la ambivalencia ligada al embarazo. Esto adquiere más trascendencia cuando los padres han pasado por tratamientos largos y difíciles de reproducción asistida o cuando el embarazo no había sido planificado. La herida narcisista por no haber podido completar el embarazo y haber dado a luz un bebé inmaduro, frágil, está también en el origen de estos sentimientos que pueden dar lugar a verdaderos periodos depresivos. A veces es la hiperactividad la que aparece en primer plano, a modo de defensa maniaca que enmascara el sufrimiento depresivo.

La inevitable separación que deben hacer frente los padres va a ser vivida en función de sus recursos psicológicos personales. Los apoyos del entorno, y especialmente la presencia del padre o pareja mejora el pronóstico. A menudo, en nuestra cultura, va a ser el primero que reciba información y enfrente el choque con su hijo y, seguidamente, el que lo trasmite a la madre. Dejar sola a la madre con la responsabilidad de la prematuridad es provocar un riesgo considerable para la relación futura con su hijo, y reforzar los conflictos de la pareja, que además se ven naturalmente acrecentados por la herida vivida con su bebé decepcionante.

El acompañamiento de la familia directa, los abuelos, y amigos, así como del equipo de la unidad de neonatología va a tener también su importancia. La mayoría de las veces no ha habido ni una celebración ni regalos por el nacimiento, no se encuentran motivos ni estado anímico para la alegría, manteniéndose la situación sin compartirla con nadie. Es frecuente que estos padres experimenten un descenso en la autoconfianza y la autoestima.

Las reacciones de las familias, como las de los bebés, son variadas: unos padres no se apartan del hospital, incluso, cuando se lo permiten, de la incubadora donde está su bebé, invadidos por pensamientos mágicos del tipo "si lo pierdo de vista puede morir". Otros, por el contrario, dejan al prematuro

casi abandonado: ¿para qué vincularse con un ser que no se sabe si vivirá? Unos preguntan mucho, expresan sus ansiedades en relación al presente y al futuro del niño; otros permanecen en silencio, resignados a lo peor, paralizados sin poder hacer nada con su hijo, cargados de fantasías destructoras y culpabilizantes, ante las que sólo tienen como salida defensiva “no pensar en nada”. Los más frágiles expresan sensaciones e impresiones poco elaboradas y difícilmente verbalizables.

El diálogo entre el equipo cuidador y los padres suele estar centrado en la información de los datos médicos, tratando de excluir cualquier contagio de la angustia de éstos. A veces puede ser rechazado o estar salpicado de acusaciones o quejas, en un movimiento defensivo de carácter proyectivo de los padres, difícil de tolerar por los profesionales sanitarios.

A pesar de que, en los últimos años, es cada vez mayor la implicación en los cuidados y atención al hijo prematuro durante su estancia hospitalaria, y que reciben más apoyo emocional por los profesionales, médicos y de enfermería, los padres y madres siguen teniendo que hacer frente a una experiencia emocional problemática especialmente por el hecho de que sobreviven prematuros cada vez más pequeños e inmaduros, con riesgos y complicaciones más graves.

LA RELACIÓN DEL NIÑO PREMATURO Y SUS PADRES

La relación entre el niño prematuro y sus padres va a ir estableciéndose en estas difíciles condiciones.

Hoy se sabe bastante sobre las condiciones necesarias y favorables para un crecimiento y un desarrollo psíquico armonioso de los bebés y, en un primer plano está la implicación personal, lo que en nuestro lenguaje denominamos investidura afectiva del niño por parte de los padres y cuidadores (Stern, 1997; Manzano, 2001; Golse, 2001).

Los primeros signos de interacción del bebé pasan por señales corporales: posturas, mímicas, tonalidad de los llantos, coloración de la piel, estado de tensión o relajación, manera de ocupar el espacio de la incubadora, reacciones a la sollicitación por personas.

Los padres tienen también sus propios estilos de comunicación con el bebé: unos privilegian el movimiento, otros hablan, otros les estimulan, les acarician.

Hay un consenso, bastante general, en valorar las conductas interactivas de las madres de grandes prematuros como diferentes de las de nacidos a término sanos: se las describe como más activas y vigilantes, y con menos sensibilidad en las respuestas a sus bebés (perciben y responden alteradamente a las reacciones del bebé) (Wijnroks, 1999; Muller-Nix et al., 2004).

Hay controversia, no obstante, en relación al origen y consecuencias de dichas conductas. Algunos autores las relacionan con la intensidad del estrés y desorganización emocional sufrido por los padres. Otros las relacionan con la evolución del hijo y el ajuste frente a las características de éste. Unos las consideran conductas intrusivas y sobreestimulantes, que pueden afectar negativamente la interacción (provocar en el bebé desinterés o evitamiento) y el desarrollo del niño prematuro, si se mantienen largo tiempo (Muller-Nix et al., 2004). Otros las valoran como apropiadas a la menor capacidad de respuesta de los grandes prematuros que necesitarían más estímulos, dentro de lo que conceptualizan como “cuidado o crianza compensatoria” (Miles et al., 1997; Singer et al., 2005).

Cuando las madres presentan conductas evaluadas como de tipo cooperativo (sensibles y adecuadas a las reacciones y necesidades del bebé) los grandes prematuros tienen mejor evolución cognitiva, lingüística y en sus habilidades sociales en los primeros años de vida, y esto parece que es más significativo en niños con prematuridad extrema o con más complicaciones médicas (Landry et al., 2006; Forcada-Guex et al., 2006).

En estudios basados en observaciones más exhaustivas de las interacciones madre-gran prematuro –con la limitación de ser muestras pequeñas– se encuentra que estas madres son más estimuladoras con sus bebés, sobre todo en ciertas actividades como la alimentación. La actividad verbal está constituida por llamadas continuas a su bebé para animarle a que coma. Por el contrario, las madres de niños a término manifiestan un lenguaje verbal constituido principalmente por preguntas dirigidas a su bebé, dicen su nombre y, al mismo tiempo, le ani-

man pero también le frenan en su actividad. En cuanto a la dimensión no verbal, las madres de prematuros aparecen como más fijadas, casi rígidas, y focalizadas sobre el rostro de su bebé y lo que va a hacer, les tocan menos y tienen menos conductas exploratorias visuales y gestuales hacía ellos. Las madres de niños a término estudiadas exploran, tocan, mueven los brazos y piernas de su bebé, convirtiendo el momento de la comida en un tiempo para descubrirse y conocerse mutuamente (Charavel, 2000).

Esta manera de interpelar verbalmente, junto a la exploración visual y gestual, parece buscar la creación de un espacio de anticipación del comportamiento del niño, de su propia competencia para comunicar, mostrar su autonomía y sus deseos. A través de las preguntas, la madre interpela la competencia interactiva del bebé, imaginando las respuestas y actuando como si una verdadera conversación con él se instaurara. Se trataría de la noción de anticipación (ilusión anticipatoria), que es la manera en que la madre suscita, refuerza y organiza la emergencia de la competencia del bebé en relación a los mensajes que ella le envía (Levobici, 1988; Stern, 1997). En el caso de un nacimiento prematuro, la inmadurez del bebé y su menor expresividad pone en dificultades a la madre en su capacidad para anticipar las competencias de éste.

La evolución continúa siendo diferente y solo tiende a igualarse a partir de los 3 meses de edad corregida, en que se aprecia un cambio de la actitud de las madres de prematuro. A pesar de que terminan por anticipar poco a poco las competencias de su hijo, siguen tocándole y explorándole menos, visual, verbal y gestualmente. Este acercamiento de las actitudes de ambos grupos de madres es debido también a ciertos cambios en las interacciones de las madres y bebés a término.

No hay razones para hablar de una verdadera carencia en la relación madre-bebé prematuro, pero muchos autores se plantean los efectos que puede originar dicha situación sobre el apego, con el riesgo de más incidencia de apego inseguro (Miles et al., 1997; Charavel, 2000).

El apego es un sistema relacional que regula desde el nacimiento la relación de proximidad del bebé con el adulto que le

cuida, permite buscar protección al servicio de la supervivencia. Está implicado en los procesos de regulación emocional y de separación individuación y en la construcción del sentimiento de seguridad que permite explorar al niño el mundo que le rodea y que va a ser fundamental en el desarrollo de las competencias sociales y la capacidad de pedir ayuda en los momentos de angustia o sufrimiento (Bowlby, 1969; Ibáñez et al., 2006).

Algunos estudios, entre ellos el nuestro, basándose en los modelos teóricos de transmisión del apego, se han centrado en evaluar el modelo vincular materno, como predictor del apego que desarrollará el hijo.

En nuestra investigación, en relación a las representaciones de apego y el modelo vincular de las madres de prematuros de muy bajo peso (menos de 1500 g) a los 2 años de edad de sus hijos, no se han encontrado diferencias significativas entre estas madres y las de niños que habían nacido a término y sanos. Es decir, no se encuentra que las madres de estos grandes prematuros presenten más inseguridad en sus representaciones de apego (mediante la Entrevista R de Evaluación de las Representaciones Maternas -Stern et al., 1989, corregida con Edicode: Procedimiento de Análisis de Entrevistas Semiestructuradas -Pierrehumbert et al., 1999). Estos resultados son similares y coincidentes con otro estudio reciente de nuestro país (Ibáñez, 2005).

Las concepciones teóricas y de investigación sobre la organización de los modelos de apego –y, más ampliamente, de la personalidad– han encontrado una tendencia a la estabilidad en dichos modelos (Fonagy, 2004; Miljkovitch et al., 2004). Por tanto, es esperable que las madres tienen un modelo vincular o de apego internalizado que va a continuar estable a pesar de acontecimientos o situaciones vitales adversas como puede ser un embarazo complicado, el nacimiento muy prematuro de un hijo o las posibles complicaciones médicas asociadas. La reacción emocional o el estrés padecido con estas experiencias será manejado en función de sus capacidades adaptativas (mecanismos psíquicos de defensa) y será resuelto de manera más o menos favorable según dichas capacidades.

Aunque inicialmente la experiencia de estrés afecte a las conductas interactivas y pueda alterar el tipo de vínculo, poco a

poco éste tenderá a estabilizarse hacia su pauta predominante. Parece improbable que las respuestas en entrevistas de apego en adultos (madres) puedan verse afectadas por dicho evento, puesto que lo que evalúan son las representaciones de apego en relación a su propia infancia y no específicamente hacia su hijo (George et al., 1996; Borghini et al., 2006). En nuestro estudio hay que tener en cuenta, además, que la evaluación se realiza a los 2 años, por lo tanto ha habido un periodo de recuperación de los padres tras el nacimiento prematuro.

Está demostrado que los estilos de apego seguro se asocian a mejores capacidades de manejo del estrés y de los conflictos vitales (Marrone, 2001) mientras que, ya se ha dicho, las madres con un tipo de apego inseguro tienen riesgo alto de que el impacto traumático sufrido pueda fijar una imagen de un bebé prematuro y dañado.

En nuestro estudio se aprecia, como era esperable, una relación muy significativa entre un mayor nivel del estrés materno durante el primer año del hijo y un modelo vincular de tipo inseguro. Hay que señalar que esta asociación no debe ser interpretada en términos de causalidad.

Hay algún estudio que refiere diferencias en las representaciones de apego de las madres de grandes prematuros, tanto de bajo como de alto riesgo médico, con mayor tasa de representaciones inseguras que las madres de niños a término.

Hay controversia sobre el papel que juegan los factores de riesgo biológico en el desarrollo del apego y de la relación padres-bebé. Algunos estudios sostienen que la calidad de la interacción está claramente afectada por el nivel de complicaciones médicas sufridas por el prematuro y por la duración de la estancia en el hospital. En el caso de estancias largas la interacción madre-bebé puede sufrir un bloqueo significativo, aunque el niño tenga una buena evolución a nivel somático.

Otros plantean que los problemas del niño (incluidas las complicaciones de la prematuridad) parece que tendrían menos influencia en las alteraciones en el apego que los problemas maternos, en estudios de poblaciones de relativo bajo riesgo médico (más de 1500 g de peso al nacer y de 30 semanas de EG) (Van Ijzendoorn et al., 1996).

En nuestra investigación –que evaluaba las representaciones de apego maternas– no hemos hallado diferencias entre las madres de grandes prematuros en función del riesgo biológico, valorado a través de la edad gestacional, peso al nacimiento y tiempo de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. En otras palabras, las madres de prematuros más inmaduros y con mayor tiempo de separación de sus bebés no presentaban más síntomas de estrés ni más inseguridad en sus representaciones de apego que las del subgrupo de prematuros más maduros.

La mayoría de investigaciones sobre el apego en niños prematuros realizadas durante los últimos 15 años no refieren tampoco diferencias en la distribución de relaciones seguras e inseguras comparando con muestras de nacidos a término (Van Ijzendoorn et al., 1996; Carlson et al., 2003).

Sin embargo, en estudios de prematuros de extrema prematuridad y alto riesgo médico –en seguimientos a los 6 años– se ha encontrado más tendencia en el niño a presentar inseguridad en el apego y a pasar de relaciones de apego seguro a inseguro a lo largo de la infancia, a diferencia de lo que suele ocurrir en las poblaciones de nacidos a término, que tienden a evolucionar hacia modelos vinculares seguros. Esto sugiere que los efectos de la prematuridad pueden llegar a ser más pronunciados con el tiempo. Además, muchos padres de grandes prematuros reciben un gran soporte social y de asistencia sanitaria durante el primer año, que va disminuyendo en el 2.º año, haciéndose las relaciones de cuidado más estresantes, lo que puede aumentar el riesgo de complicar el desarrollo del apego. Es posible que, a lo anterior, se sumen las decepciones cuando los retrasos del hijo se hacen más evidentes (Mangelsdorf et al 1996).

Podemos concluir que hay un riesgo relativamente importante de alteraciones en el modelo de apego madre-gran prematuro –o más ampliamente en la relación interpersonal– que persiste durante los primeros años de vida. Parece que los factores asociados con más frecuencia son el estrés materno intenso, las condiciones sociofamiliares desfavorecidas y las complicaciones médicas graves (Ibáñez, 2006).

En una segunda parte se tratará sobre la evolución durante la infancia y adolescencia y las intervenciones terapéuticas con el niño, la familia y el entorno hospitalario, teniendo en cuenta la situación actual de heterogeneidad de posibilidades asistenciales en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interactions. *Infant Ment Health J*; 12(3): 246-255.

Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss, Volumen 1: Attachment*. Hogarth Press. London. Versión castellana: *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1983.

Borghini, A.; Pierrehumbert, B.; Miljkovitch, R.; Muller-Nix, C.; Forcada-Guex, M.; Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Ment Health J*; 27(5): 494-508.

Bozette, M. (2007). A review of research on premature infant-mother interaction. *Newborn Infant Nurs Rev*; 7(1): 49-55.

Carlson, EA.; Sampson, MC.; Sroufe, LA. (2003). Implications of Attachment Theory and Research for developmental-behavioral pediatrics. *J Dev Behav Pediatr*; 24(5): 364-379.

Charavel, M. (2000). Évolution de l'attitude des mères d'enfant prématuré et des mères d'enfant à terme en interaction avec leur bébé: une étude éthologique de la naissance à 6 mois. *Psychiatr Infant*; 43(1): 175-206.

Druon, C. (1996). *À l'écoute du bébé prématuré*. Paris: Aubier.

Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Madrid: Espaxs.

Forcada-Guex, M.; Pierrehumbert, B.; Borghini, A.; Moessinger, A.; Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*; 118(1): 107-114.

George, C.; Kaplan, N. y Main, M. (1996). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Department of

Psychology, University of California, Berkeley. Citado en Marrone M. La teoría del Apego. Un enfoque actual. Madrid: Psimática, 2001.

Golse, B., Gosme-Seguret, S. y Mokrari, M. (2001). *Bébés en réanimation. Naître et renaître*. París: Odile Jacob.

Ibañez M (2005). *Estudio longitudinal de 54 niños prematuros de bajo peso <1500 gr sin secuelas a los 30 meses: influencia del riesgo biológico y el riesgo psicosocial en la aparición de secuelas leves tardías a los 7 años*. Tesis doctoral. Facultad de psicología-Universidad Autónoma de Barcelona.

Ibañez, M.; Iriondo, M.; Poo, P. (2006). Attachement et compétences relationnelles chez le grand prématuré. Facteurs de protection pour son développement. *Spirale*; 37:115-128.

Jacques, MC. (2003). La vie psychique de l'enfant prématuré: ce que les observations peuvent apporter pour tenter de la comprendre. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*; 51: 23-27.

Kleberg, A.; Hellström-Westas, L.; Widström, A.M. (2007). Mothers' perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Hum Dev* 2007; 83(6): 403-411.

Landry, S.; Smith, K.E.; Swank, P.R. (2006). Responsive parenting: establishing early foundation for social, communication and independent problem-solving skills. *Dev Psychol*; 42(4): 627-642.

Lasa, A.; Gonzalez, F.; Torres, M.; Castro, C.; Hernanz, M.; Tapia, X.; Senra, H.; Pijoan, J.I. (2008). *El desarrollo y las relaciones tempranas de los niños prematuros. Estudio comparativo con una población control a los dos años de edad*. Proyecto de Investigación n.º 200411058, subvencionado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco-Eusko Jaularitza.

Lebovici, S. (1988). *Interaction fantasmatique et transmission intergénérationnelle*. En: Cramer, B., dir. *Psychiatrie du Bébé. Nouvelles frontieres*. París: Eshel.

Lezine, I. (1977). *Le devenir de l'ancien prématuré*. En: Kestemberg, E., dir. *Le devenir de la prématurité*. Paris: PUF.

Mangelsdorf, SC.; Plunkett, J.W.; Dedrick, C.F.; Berlin, M.; Meisels, S.J.; McHale, J.L.; Dichtelmiller, M. (1996). Attach-

ment security in very low birth weight infants. *Dev Psychol*; 32(5): 914-920.

Manzano, J. (editor) (2001). *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Colección infancia y desarrollo*. Madrid: Necodisne.

Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

Mazet, P. y Stoleru, S. (1990). *Psicopatología de la primera infancia*. Barcelona: Masson.

Miles, M.S.; Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Semin Perinatol*; 21(3): 254-266.

Miljkovitch, R.; Pierrehumbert, B.; Bretherton, I.; Halfon, O. (2004). Associations between parental and child attachment representations. *Attach Hum Dev*; 6(3): 305-325.

Muller-Nix, C.; Forcada-Guex, M.; Pierrehumbert, B.; Jaunin, L.; Borghini, A.; Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Hum Dev*; 79(2): 145-158.

Pierrehumbert, B.; Dieckmann, S.; Miljkovitch de Heredia, R.; Bader, M.; Halfon, O. (1999). Une procédure d'analyse des entretiens semi-structurés inspirée du paradigme de l'attachement. *Devenir*; 11(1): 97-126.

Pierrehumbert, B.; Nicole, A.; Muller-Nix, C.; Forcada-Guex, M.; Ansermet, F. (2003). Parental posttraumatic reactions after premature birth; implications on sleeping and eating problems. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*; 88: 400-404.

Sibertin-Blanc, D.; Hascoët, J.M.; Tchenio, D. (2001). Regards croisés et divergents des professionnels sur les bébés nés très grands prématurés. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*; 49: 449-460.

Singer, L.T.; Fulton, S.M.; Kirchner, H.L.; Eisengart, S.; Lewis, B.; Short, E.; Min, M.O.; Kercksmar, C.; Baley, J. (2007). Parenting very low birth weight children at school age: Maternal stress and coping. *J Pediatr*; 151(5):463-469.

Stern, D.N.; Robert-Tissott, C.; Besson, G.; Rusconi-Serpa, S.; de Muralt, M.; Cramer B. y Palacio-Espasa, F. (1989). *L'Entretien R. Une méthode d'évaluation des représentations maternelles*. En: Levobici S, Mazet P, Visier J. L'Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Genève: ESHEL.

Stern, D.N. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

Van Ijzendoorn, M.; Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment representation in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *J Consult Clin Psychol*; 64: 8-21.

Wijnroks, L. (1999). Maternal recollected anxiety and mother-infant interaction in preterm infants. *Infant Ment Health J*; 20(4): 393-409.

Winnicott, D. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Ed Laia. Barcelona.

DEBATE CON LOS PONENTES: FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO Y MARIAN FERNÁNDEZ GALINDO*

Luis Feduchi: He estado muy interesado por las dos comunicaciones, realmente han sido muy sugestivas, muy ricas y muy novedosas. A mí, Fernando me ha sugerido una experiencia que estamos viviendo en equipos que tratamos adolescentes. A veces nos vienen adolescentes con un conflicto con los padres serio, a veces incluso con denuncias, y que en muchas historias nos encontramos con que ha habido un parto prematuro. Este parto prematuro ha ocasionado a veces una sobreprotección de la madre muy fuerte en todo el proceso, a veces con episodios casi obsesivos de temor a muerte súbita, de sobrealimentación, de control constante del niño y que cuando llega la adolescencia, siempre parece prematura. Y como a veces en estos momentos realmente la adolescencia empieza a ser prematura, aparece un conflicto muy serio entre el adolescente que se quiere separar, que quiere salirse de él, de los cuidados y de la sobreprotección. A mí me parece que en estos casos, en bastantes casos, hemos visto que el parto prematuro ha coincidido con fantasías abortivas. Es decir, ha habido una fantasía abortiva (que siempre puede haber ambivalencias en los embarazos) a veces incluso consciente y que ha sido compensada con la sobreprotección. El niño podía aguantar durante todo el proceso de la latencia, pero

* Transcripción del debate con Fernando González Serrano y Marian Fernández Galindo, participantes de la segunda mesa del XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

cuando llega la adolescencia se subleva y esta sublevación llega a crear conflictos serios. Y a veces como digo, lo vemos en justicia porque hay denuncias de los padres por una sublevación de los niños o de los adolescentes.

Por tanto el trabajo que estáis haciendo a mí me parece, además de interesantísimo, muy profiláctico porque sí se puede coger todo este periodo de sobreprotección, del temor a la muerte súbita del lactante por ejemplo, de sobreprotección en la alimentación, de cuidados en el abrigo, de no dejarle solo, de no poder llevarle a la guardería, etc. Todo eso lleva consigo cuando llega la separación de la adolescencia situaciones de este tipo.

Fernando González: Gracias, Luis. Quería responder o complementar el comentario que has tenido porque es algo que traía y que me he saltado en relación al tema de la evolución de los grandes prematuros y también, sobre todo los americanos que son muy aficionados a hacer estudios epidemiológicos a largo plazo, ya han estudiado la adolescencia en los grandes prematuros. Y una de las sorpresas evolutivas relativa, es que a pesar de que han encontrado en estos estudios en poblaciones relativamente amplias, durante la edad escolar, la latencia parece que estos niños tenían factores de riesgo evolutivo. Hablamos de todo el abanico de los trastornos de déficit de atención e hiperactividad que denominamos ahora trastornos en los aprendizajes, que son más frecuentes, incluso también trastornos de socialización durante la infancia, que serían factores de riesgo de cara a la evolución en la adolescencia, lo que se encuentra es que los adolescentes presentan menos problemas, por ejemplo, problemas de comportamiento (englobamos en los problemas de comportamiento que incluyen conductas delictivas, consumo de tóxicos, embarazos no deseados en el caso de las adolescentes...) la incidencia es menor en los que han sido grandes prematuros que en la población normal.

Se ha tratado de explicar por esto que comentabas que es la relación de hiperprotección que habitualmente se da entre los padres y el niño gran prematuro. En el caso de este tipo de problemáticas tendría un efecto protector, es decir, hay una mayor vigilancia, una mayor presencia, un temor siempre a la autonomía del niño, del adolescente... pero eso, curiosamente tendría

menos incidencia este tipo de problemas. Claro, estos estudios no valoran muchas veces qué ocurre a nivel intrapsíquico, a nivel emocional en el adolescente y cómo eso que yo creo que ocurre, perturba las relaciones familiares. Yo sí que he encontrado en la clínica que la adolescencia de muchos de estos chavales es difícil porque dan muchos problemas dentro de casa. Fuera son inhibidos, a veces este perfil más comportamental lo tienen más que reprimido, yo creo que totalmente inhibido, pero en casa es donde pueden presentar problemas de oposicionismos o de pasividad importantes.

Público: Primero agradecer a los cuatro ponentes, porque para mí, y me imagino que para todos, ha sido muy ilustrativo y muy interesante, y luego a mí, por lo menos, me ha ayudado a organizar y a pensar cosas que normalmente estamos viendo en la clínica. Pero yo quería plantear una cosa más en el terreno de la organización, porque Fernando ha hablado de dos dispositivos, uno de atención temprana y otro de un psicólogo que van a contratar en neonatología, ¿no?

Fernando González: Ya felizmente, la contratación está hecha desde hace más o menos un año.

Público: Y es un acontecimiento efectivamente feliz, pero a mí me causa cierta contradicción porque pienso que los equipos de salud mental infantojuvenil tenemos que ocupar un lugar importante desde antes del embarazo o en el embarazo. Vosotros habéis explicitado muy bien toda la riqueza y toda la complejidad que supone esto. Entonces creo que el psiquiatra infantil y el psicólogo clínico infantil con la formación que tiene, tiene que estar en esos lugares. Cuando has dicho lo del psicólogo, me ha hecho acordarme de algo que estamos ahora mismo en mi área empezando a funcionar y es que (por eso a lo mejor esto me causa contradicción y por eso lo planteo) había una propuesta de que un equipo de atención temprana viniera al hospital a trabajar con neonatología. El gerente, sensible a toda salud mental, se preguntó qué hacía entonces el equipo de salud mental infantojuvenil. Ahora lo que hemos hecho ha sido una unidad funcional para trabajar desde el embarazo y con niños de alto riesgo en neonatología, donde está implicado neonatología, rehabilitación y salud mental infanto-juvenil. Me parece importante que los equipos de

infanto-juvenil se lo planteen y que no nos quedemos sin atender a la primera infancia y al embarazo.

Público: (A Fernando). Yo te quería preguntar la cuestión de todo el tema de los apegos inseguros en los grandes prematuros; si también se complica por el tema de que muchas veces son embarazos gemelares e incluso trillizos, y entonces todo el tema de la construcción de la identidad. Yo creo que estas madres en situaciones de estrés postraumático y además muchas veces tienen la complicación de tener que atender a dos, tres niños, que muchas veces es más fácil una afinidad con alguno de ellos que con el otro que puede ser más difícil... Más por el tema de la identidad de estos niños, si hay alguna investigación en este sentido...

Fernando González: Hemos tratado de estudiar las características de las situaciones de prematuridad y gemelaridad porque en esta población de 90 grandes prematuros, el porcentaje de gemelos era relativamente alta, más del 40 %. Y no hemos encontrado diferencias en ninguna variable. Centrándolo en lo que tú comentas, las familias, las madres de niños prematuros gemelos no presentan un modelo de apego más inseguro ni presentan más estrés durante el primer año de vida. Esta aparente paradoja yo creo que tiene un sentido porque nos ha hecho plantearnos efectivamente qué pasaba. Tiene un sentido porque normalmente los apoyos de los que disponen las familias, los padres de gemelos, más de trillizos todavía, son mucho mayores, es decir, en la familia en el sentido más amplio (abuelos), normalmente se vuelcan de una manera muy masiva porque además la situación, la realidad se impone y esto puede hacer que esa aparente sobrecarga que podría ser un factor de desbordamiento y de estrés, no lo sea tanto porque, por un lado, la familia, yo creo que es un factor importante de apoyo y de ayuda, y creo que también los dispositivos asistenciales, los profesionales de neonatología e incluso nosotros, también por esa visión preventiva, por esa intuición de que puede ser de más riesgo, solemos estar más vigilantes, se suelen hacer seguimientos de mucho más apoyo, de mucho más interés por el niño y por la vivencia de los padres, y eso yo creo que puede ser un factor protector.

Maite Muñoz: (A Fernando). Comentar sobre esta referencia que has hecho a estas palabras de Gabriel García Márquez de crianza, que Gabriel García Márquez fue un cedido. Es que él no se crió con su madre, se crió con una tía, la tía ejerció un buen maternaje.

Marian, yo también animo a todos los jóvenes colegas a que sigan viniendo a Sepypna, que se aprende un montón, y quiero señalar que te pediré las diapositivas porque esta idea que has planteado de tener un hijo, de ser madre... las personas que trabajamos mucho con padres adoptivos, preadoptantes, postadoptantes, realmente creo que, me va a aportar mucho para la valoración de los futuros padres adoptantes. Incluso, que lo comentaba ahora con Alicia Montserrat, ya no sólo el deseo de ser madre o incluso el deseo de estar embarazada. Podría ser deseo de ser madre, deseo de estar embarazada... Creo que aquí hay mucha miga para pensar. Y nada más que complementar esto que estabas diciendo de que esto para las infertilidades psicógenas parece que una buena medida, para intentar solucionarlo, era iniciar un proceso de adopción. Yo sólo voy a contar mi estadística personal, no es extrapolable a nada, pero es la que yo tengo. Habré visto entre 130 y 140 parejas en proceso de adopción para valoración. De esas, 15 más o menos eran parejas que tenían hijos biológicos, no había ningún problema de infertilidad ni nada. Las demás no tenían hijos. En mi caso 3 mujeres quedaron embarazadas en el proceso de adopción. Luego efectivamente es un dato irrelevante, despreciable casi. Esos otros datos que parece que se han manejado de que el no sé cuántos por ciento se quedan embarazadas, yo apporto, ya digo, una casuística mía exclusivamente, sólo 3 se quedaron embarazadas.

Reme Tarrago: Aparte de estar totalmente de acuerdo con Marian de que aquí se aprenden siempre muchas cosas y agradecer vuestras ponencias, quería también, como antes decía Jaume Baró, romper uns estadísticas que existen sobre grandes prematuros, y yo trabajo en ello desde hace casi 30 años, yo creo que siempre quedan muy sesgadas. Hacer comparables grandes prematuros se hace difícilísimo porque estamos hablando de los prematuros que presentan como consecuencia secuelas psicológicas, pero la realidad de la gran prematuridad es que hasta hace

muy poco, y todavía ahora, existen cantidad de dificultades físicas asociadas que nos hace muy difícil tener una muestra lo suficientemente grande como para hacerla suficientemente comparable. Entonces diría que desde mi experiencia clínica yo sí me atrevería a decir que cuando hay dos o tres bebés y estoy de acuerdo en que es un porcentaje muy elevado de la prematuridad porque como decías tú Marian, una de las causas de la prematuridad más importante es la fecundación *in vitro* que estaría muy asociada a lo que decía hoy Juan Manzano de la edad de concepción de las madres que deciden concebir cuando ya no son excesivamente capaces de hacerlo por las edades que tienen y entonces han de hacerlo en un periodo en el que ellas deciden. Yo no estaría de acuerdo en la idea de que la vinculación es igual. Desde mi punto de vista no lo es. Hace unos años porque se daba de alta a un bebé y al otro no, las madres hacían un lazo afectivo diferente con el hijo que se llevaban primero a casa (por lo menos ésta es la apreciación clínica, no tengo ningún tipo de estadística). Y actualmente intentamos dar de alta a los dos bebés a la vez para no dividir a la madre entre ¿a quién atiendo?, ¿estoy de canguro con el niño que tengo en el hospital o me dedico al que tengo en casa?, intentamos hacerlo a la par. En estos momentos pasando las pruebas como el Brazelton. Cuando terminamos y le decimos a la mamá: “Llama a tu bebé que yo también lo llamo y ya verás donde se gira” yo me he encontrado a cantidad de madres de prematuros mellizos que te dicen: “A mí no se me van a girar”, cuando han visto que a la mamá de al lado lo han hecho. ¿Por qué? “Porque son dos y no los estoy atendiendo igual”. Ya desde ella misma está diciendo la incapacidad. Simplemente agradeceremos lo que habéis dicho y por otro lado aportar una experiencia.

Juan Manzano: Marian, yo también pienso que se aprende muchas cosas. Es verdad que es la clínica y la experiencia la que nos enseña y por esto animo a los jóvenes a saber que lo que están viendo y lo que están viviendo en la relación clínica es la fuente principal del conocimiento. Esto me lleva a decirle a Marian que yo también quiero los papeles porque es verdad que has hecho un trabajo muy interesante.

Marian Fernández Galindo: Esto ha sido una ponencia abortada, por lo menos de gran prematuro.

Juan Manzano: Si se le deja quizás termina liando la per... (risas).

Quería hacerte un pequeño comentario. Primero, lo del encarnizado deseo de tener hijos... Esto de encarnizamiento... precisamente lo que habría que demostrar es lo contrario, el encarnizamiento viene porque, ¿de qué viene ese deseo?; es simplemente de la materia viva, estamos hechos así y esto me lleva de nuevo a decir que digamos siempre que hay representaciones y que hay hechos, pero esa es mi opinión. Yo te agradezco que tú hayas introducido la noción de fantasía que en mi opinión es la más clara, pero eso es también de nuevo, mi opinión.

Y un pequeño detalle técnico de la clínica. Yo estoy acostumbrado en estas situaciones a dividir a las madres jóvenes (todavía no lo son, pero quieren serlo o no) en dos categorías, según la integración o no de este deseo. He hablado antes de las que no lo integran, lo escinden, lo posponen, etc. Pero hay otras que no desean realmente tener hijos o que no pueden materialmente por razones orgánicas. Estas últimas pueden estar perfectamente integradas, en cuyo caso para mí es la variable libertad. Desde el momento que no están utilizando elementos de eliminar una parte es perfectamente lógico, las considero sanas, y yo creo que es válido porque hay una graduación que en estas madres que no tienen o que no pueden, probablemente el criterio de mayor o menor integración es la clave desde el punto de vista psicológico, en todo caso es la que yo utilizo.

Marian Fernández Galindo: Lo de Juan me ha parecido interesante porque no he tenido tiempo de desarrollar mi idea que es precisamente la ausencia de ley, esta libertad que nos han dado las técnicas las que nos meten en un nuevo conflicto, que es dejar al desnudo una pulsión que se queda en lo biológico. Es verdad que el encarnizado deseo de tener hijos tiene todo que ver con el movimiento de las hormonas. Cuando eso queda sometido a la ley de que las mujeres empiezan a tener hijos cuando su edad de maduración lo hace no hay deseo, como decía Marie Rose Moro, se tienen hijos porque se tienen. El problema es el conflicto que ha venido después de la adquisición de la libertad para procrear cuando nos dé la gana. Y es

verdad que las técnicas se aplican a una infertilidad que viene de ese hecho biológico de que después de los 30 la fertilidad declina. Apenas hay (o yo no conozco casuísticas de clínicas de fertilidad) o creo que no hay procreación por debajo de los 30 años, entonces efectivamente el conflicto viene de que el deseo de hijo parte de un no deseo. No me ha dado tiempo a desarrollarlo pero es donde veo todo el problema.

Respecto de los gemelos, quería aportar sólo una experiencia personal, ya sabéis que tengo un exhibicionismo irremediable (risas) que tiene que ver con una experiencia personal y con el problema que me ha interesado mucho de la vulnerabilidad de las madres en estas situaciones. La experiencia personal es la siguiente, y tiene que ver con un micro trauma: Casi todo el mundo sabe que tengo dos nietas mellizas. Esas nietas tienen hoy 6 años y como gemelas bivitelinas que son, son muy diferentes la una de la otra. Una pasó dos días y medio en la Uvi neonatal (no en incubadora), por una cuestión que tenía que ver con un protocolo aplicado por una clínica privada que es que 100 gramos menos del estándar Uvi, con lo que yo luché y tardé dos días y medio en convencer a mi hijo de que la sacaran de ahí. Entonces el asunto es: sexto cumpleaños de estas niñas. Una de las dos que tiene un carácter, invita a toda la clase al cumpleaños y la otra que tiene otro carácter, invita a dos. Como el cumpleaños es el 30 de agosto de las dos viene una. La madre que tiene una sociabilidad más parecida a la que invita a toda la clase me pregunta preocupada: ¿Esta niña no se acordará de cuando la dejamos sola en el hospital? Es decir, es cierto que la vulnerabilidad de las madres y por lo tanto de la memoria se hace hipersensible. El problema de la experiencia de las madres en esto me parece nuclear.

APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LA CRIANZA Y OTROS ASPECTOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR (IMPLICACIONES TEÓRICAS PARA LA CLÍNICA DESDE UN ABORDAJE CULTURAL)*

Gema Gómez-Zurita López** y Daniel Martín Bayón***

RESUMEN

Desde las premisas del posestructuralismo, los estudios culturales o la antropología materialista cultural, pretendemos mostrar cómo el ser humano se desarrolla en las formas de organización familiar más variadas sin que ninguna de ellas pueda establecerse a priori como más perjudicial que otra. Así mismo, sostenemos que los factores tecno-económicos son un factor causal importante de psicopatología, y que a menudo son escasamente tenidos en cuenta desde perspectivas psicológicas.

Palabras clave: posestructuralismo, antropología, transcultural, crianza, familia.

* Comunicación libre presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra. Equipo infanto-juvenil, C.S.M Arganda del Rey.

*** Psiquiatra. Hospital de día de adolescentes, Instituto Psiquiátrico Montreal.

ABSTRACT

Human being develops in different kinds of family organization, and there is no proof that any of them can be set as more harmful than another, according to poststructuralist theories, cultural studies or materialistic cultural anthropology. We must admit, as well, that techno-economic factors are important psychopathology causal factors, and they are sometimes hardly taken into account by psychological perspectives.

Keywords: poststructuralism, anthropology, cross-cultural, parenting, family.

INTRODUCCIÓN

A la hora de abordar el tema propuesto por el congreso de las nuevas formas de crianza, pretendemos incluir aspectos culturales más generales que completen o amplíen el punto de vista específico que desde la salud mental se puede tener sobre el tema tanto de las formas de crianza como de su posible repercusión en la psicopatología.

Las bases conceptuales de esta reflexión se refieren a una corriente de pensamiento que desde la filosofía, la sociología y la antropología, se viene proponiendo en los últimos tiempos como reflexión crítica acerca del pensamiento occidental que ha predominado en nuestra cultura a lo largo de los dos últimos siglos, mediante lo que se ha dado en llamar “un giro epistemológico” que propone estrategias diferentes de estudio y reflexión que afectan a todo el conocimiento, y que ponen bajo observación “al que observa”.

En filosofía, por ejemplo, ha cobrado mucha importancia la reflexión acerca de la alteridad desde Levinas hasta la actualidad pasando por las teorías de género y el multiculturalismo. Desde la filosofía posestructuralista ya se advertía del peligro de enunciar un discurso dominante que niegue o excluya la posibilidad de los otros. Foucault señalaba cómo la salud mental tiende a contribuir al establecimiento de este discurso desde las relaciones de poder; Deleuze y Guattari denuncian cualquier intento de rigidificación de la identidad cultural proponiendo nuevas metáforas, como el “sujeto nómada” o el “sentido rizo-

mático”; Derrida plantea la deconstrucción como método para evitar el cerrojazo que supone la imposición del sentido; Lyotard ha mostrado la deslegitimación de los grandes discursos que han predominado en el pensamiento occidental en el último siglo, etc.

Por su parte, la sociología inglesa viene planteando desde los 70, mediante los estudios culturales, la necesidad de dirigir el aparato de métodos y herramientas de la crítica textual hacia los productos de la cultura de masas y las prácticas culturales populares para descubrir que éstas, a pesar de haber sido denostadas por la llamada “alta cultura”, suponen en numerosas ocasiones pautas de resistencia contra la dominación (estudios en “tribus urbanas”, manifestaciones del llamado “arte urbano” y “callejero” graffitis, cómics, etc.).

En la antropología cultural se ha aprovechado la experiencia etnográfica adquirida en los estudios de culturas lejanas para centrarse ahora en grupos sociales pertenecientes a la nuestra. Marvin Harris, desde la teoría del materialismo cultural insiste en la relación causal de los factores económicos denominados infraestructurales y estructurales, y cómo éstos determinan prácticamente todas las conductas observables y las producciones de una cultura, incluidas las manifestaciones psicopatológicas. Los estudios de sociosomática han ilustrado cómo en ocasiones las manifestaciones de psicopatología se relacionan directamente con un daño social, y solo cesan si se repara dicho daño, mientras que un abordaje psicoterapéutico centrado en los conflictos intrapsíquicos puede resultar estéril en estos casos.

El debate que por lo tanto pretende abrir esta reflexión es si realmente podemos establecer relaciones entre formas de crianza y psicopatología, o si la causa de ésta, no radicará en factores más generales como económicos, sociales y culturales. En este sentido, incluso podría plantearse si la pretensión de establecer relaciones entre formas de crianza y psicopatología no podría estar siendo mantenida con el objetivo de no cuestionarse estas otras posibles causas más difíciles de afrontar.

NOCIONES

Nos centraremos ahora en la descripción de hallazgos antropológicos que según Marvin Harris vienen a confirmar las hipótesis de la ya citada antropología materialista cultural, según la cual se establece una cadena causal que se inicia en factores ecológicos diversos (infraestructurales), que determina factores económicos y tecnológicos (estructurales), y que a su vez determinan en último caso las producciones culturales más variadas (supraestructurales). Desde esta perspectiva, la psicopatología es un factor supraestructural más, igual que las formas de crianza, y ambos están determinados por factores causales tecnoeconómicos. Antes nos detendremos en algunos conceptos antropológicos de utilidad.

Las descripciones antropológicas pueden realizarse desde dos puntos de vista diferentes:

Una descripción **emic** es la que se realiza en términos significativos para el agente que las realiza. Una descripción emic de cierta costumbre estaría basada en cómo explican los miembros de esa sociedad el significado y los motivos de la misma. Es decir, se trataría de una visión interna de dicha cultura.

Una descripción **etic** se realiza en términos de hechos observables por un investigador que no pretende descubrir el significado que los agentes involucrados le dan. Es decir, se trataría de una visión exterior a la cultura.

La descripción *etic* y *emic* de un mismo fenómeno pueden no coincidir, y en un mismo estudio antropológico pueden contemplarse ambas descripciones. Estableciendo una analogía entre el método antropológico y el psicoanalítico, emic equivaldría al contenido manifiesto, y etic al contenido latente.

En una cultura, la continuidad en los estilos de vida se mantiene gracias al proceso conocido como **endoculturación**. Éste consiste en la experiencia de aprendizaje, parcialmente consciente y parcialmente inconsciente, a través de la cual la generación de más edad induce a la más joven a adoptar los modos de pensar y comportarse tradicionales.

La incompreensión del papel que se desempeña en el mantenimiento de las pautas de conducta y pensamiento de cada grupo (que se mantiene en la creencia de que las pautas propias

son naturales, buenas, etc., mientras que las de los extraños son primitivas, irracionales, inhumanas, etc.) se denomina **etnocentrismo**. Siguiendo con la misma analogía, la endoculturación correspondería a los mecanismos mediante los cuales se introyectan los objetos y se constituyen las instancias intrapsíquicas, mientras que el etnocentrismo equivaldría a los mecanismos de defensa (como la racionalización, negación y proyección) empleados para garantizar que el sistema permanezca inalterado aunque ya no esté siendo eficaz.

ANTROPOLOGÍA DE LA CRIANZA Y OTROS ASPECTOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA VIDA DOMÉSTICA

Desde la perspectiva antropológica del materialismo cultural, por lo tanto, cualquier conducta observable o producto de una cultura es susceptible de ser explicada en términos de factores infraestructurales, estructurales o supraestructurales.

En este contexto, la **reproducción** también tiene marcados intereses económicos, al ser una forma de producción de productores, que a su vez puede condicionar los modos de producción de una cultura determinada. La producción de niños es beneficiosa porque contribuyen a la producción de bienes, al cuidado y seguridad de los padres, participan en intercambios valiosos para el grupo (matrimonio, alianzas). Esto no significa que no existan otras causas o motivaciones posibles a la hora de tener hijos como la satisfacción emocional. Sin embargo ésta, aunque fuera genética y condicionada biológicamente, es radicalmente modificable por la cultura de forma que en todas ellas se permiten individuos sin procreación, e incluso cuando se procrea, se hace en menor número que los que serían capaces de producir. Por lo tanto, tener hijos, el número de ellos y el ritmo al que se tienen es una función de equilibrio entre el coste y el beneficio en factores culturales. De esta manera es conocido que sociedades cazadoras-recolectoras limitan la reproducción al peso que pueden cargar las madres durante el nomadismo, en condiciones en las que la producción de alimentos no es intensificable. Por su parte, las sociedades de agricultores-ganaderos tienen más hijos para intensificar la producción, y

saben establecer el límite óptimo de descendencia (entre 4 y 5 generalmente). Contrariamente a lo que la gente cree, en sociedades de este tipo tener mas hijos aporta ventajas a corto plazo, y es la desestructuración del sistema económico tradicional lo que provoca un desequilibrio social, donde las medidas antes adaptadas se hacen desadaptadas. En sociedades urbanas, caracterizadas por un modo de producción industrial, se invierte en menos hijos pero más costosos al estar más preparados. En la India parejas provenientes del mismo entorno cultural tienen más hijos en entorno rural y menos en entorno urbano cuando emigran.

Esta regulación de la reproducción en función de factores económicos y adaptativos existe en todas las culturas, y lo ha hecho en tiempos previos a la existencia de los modernos métodos anticonceptivos. Los mecanismos por los que esta regulación se consigue son diversos, y se consigue mediante factores culturales que determinan:

- El trato dispensado al feto y a los niños: según Devereux el aborto directo es absolutamente universal. El aborto indirecto se consigue por factores encaminados a negar a la embarazada las necesidades para gestar a un niño a término, o mediante el infanticidio directo o indirecto.
- Trato dispensado a las mujeres: aportando o no los factores necesarios para la fertilización.
- Lactancia: su duración pautada culturalmente determina períodos más o menos largos de amenorrea.
- Frecuencia del coito y su programación: se regulan mediante prácticas culturales como tabúes sexuales, masturbación, homosexualidad, formas de sexualidad sin coito que pueden limitar el número de embarazos, tabúes culturales sobre la maternidad de la soltera, sexo extramatrimonial, edad de matrimonio, forma de matrimonio (poligamia reduce el número potencial de hijos al poner menos mujeres a disposición de ser fecundadas).

Otro aspecto importante que aparece regulado por factores culturales, y determinado por factores económicos, es en general toda la **organización de la vida doméstica**. Sin embargo, la variedad de combinaciones de actividades características de la

vida doméstica humana es tan grande que es difícil encontrar un único denominador común para todas ellas. Su composición es igual de variada e imposible de definir. Ninguna otra especie muestra una variedad tan enorme de comportamientos asociados a las pautas de comer, dormir, buscar abrigo, tener relaciones sexuales y criar a los recién nacidos y a los niños. A pesar de la enorme variabilidad que demuestran los estudios antropológicos, ha existido y existe la teoría de que la familia nuclear compuesta por hombre-mujer-hijo es universal y que sería la que mejor garantizaría las funciones esenciales que comprenden la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia, y que otros grupos diferentes no podrían hacerlo con la misma efectividad. Desde esta premisa, las familias no nucleares son fácilmente consideradas inferiores, patológicas o contrarias a la naturaleza humana.

Por el contrario, el estudio en detalle de familias nucleares desde sociedades de cazadores-recolectores hasta industriales muestra que la educación frecuentemente tiene lugar fuera del grupo familiar, lo cual sucede tanto entre los Masais como entre la aristocracia inglesa, donde el peso de la educación se deja en manos de instituciones especializadas. En muchas sociedades en las que se da la familia nuclear, el marido no vive nunca o casi nunca en casa con la mujer, y una vez más, esta práctica es tan común a las casas de hombres de algunas tribus como a los clubes exclusivos para hombres de algunas sociedades occidentales. Los Fur de Sudán duermen separados y comen separados de sus mujeres; entre los Ashanti de África occidental los maridos comen con sus hermanas, madres sobrinos y sobrinas, pero no con sus esposas e hijos; entre los Nayar de Kerala el esposo y la esposa nunca viven juntos, y su hijo es criado por el hermano de madre. Parece evidente por lo tanto que la familia nuclear, desde un punto de vista etic, no cumple las funciones que se le atribuyen desde el punto de vista emic.

Por otra parte, también abundan otras formas de organización diferentes a la familia nuclear, sin que haya podido establecerse que den lugar a mayor “patología” o “infelicidad”. La poligamia, en mayor o menor medida se da en el 90 % de las culturas conocidas. Otra forma de organización frecuente es la

familia extensa, que además pueden ser poligínicas (como los Bathonga de Mozambique) o monógamas (como la familia tradicional China). En estos tipos de organización familiar, las parejas están subordinadas al orden mayor de la familia extensa de manera que en ocasiones no pueden ni hablar entre sí, e incluso en algunos tipos de familia extensa, si un hombre muestra demasiado interés por su esposa se supone que es víctima de brujería.

Otro tipo de organización de la institución doméstica es la familia no nuclear con un solo progenitor, cuyo tipo más frecuente es la matrifocal (madre sola). Funcionalmente es poliándrica no simultánea, y en ocasiones se organiza como una familia extensa. En estudios realizados en Antillas, Latinoamérica y entre familias negras estadounidenses, se observa que ciertamente estos tipos de organización están frecuentemente asociados a lacras sociales como la pobreza, pero nada prueba que sean inherentemente más patológicas que las nucleares.

De esta manera, parece evidente que **no existe una pauta acerca de las instituciones domésticas que sea más natural que otra.**

Una vez constituido el núcleo familiar en el seno de una cultura, ésta tiene pautas para regular prácticamente todos los aspectos de la organización de la vida familiar. Dentro de estas pautas se encuentran las reglas que definen a los parientes, que son las personas relacionadas entre sí a través de la filiación o de una combinación de afinidad (relaciones a través del matrimonio) y filiación. El campo de ideas constituido por las creencias y expectativas que los parientes comparten entre sí se llama **parentesco**.

Todas las culturas tienen teorías sobre la reproducción y la herencia. La **filiación** es la creencia de que ciertas personas desempeñan un papel importante en la procreación, nacimiento y crianza de los hijos, mediante la conservación de algún aspecto de la sustancia o espíritu de la gente en futuras generaciones, y es pues, una forma simbólica de inmortalidad. En nuestra cultura se cree que tanto el varón como la hembra contribuyen por igual a la existencia del hijo, con analogías del semen con una semilla y el útero como un campo dónde se

planta. Se supone que la sangre es el fluido más importante que sustenta la vida y que varía según la filiación. En otras culturas la filiación puede no depender de la sangre ni implicar aportaciones iguales de ambos progenitores (los Ashanti creen que las características físicas y la sangre provienen de la madre, mientras que el espíritu del padre; muchas culturas, como los Alorese de Indonesia, creen que el feto es resultado de adiciones repetidas de semen durante el embarazo; los Tamiel de la India, poliándricos, creen que un feto se hace de muchos tipos de semen distinto; los esquimales creen que el niño-espíritu trepa por las botas de madre y es alimentado por el semen; los Trobriandeses niegan el papel del semen, el varón solo se encarga de ensanchar el camino al útero, pero su papel social es esencial, pues ningún niño espíritu se introduciría en la vagina de una mujer no casada. De esta manera, en todas las culturas se presupone una colaboración entre cónyuges para el proceso de reproducción, pero las expectativas en cuanto a derechos y obligaciones pueden variar, y estas expectativas se fundamentan en creencias relativas a la filiación. Estas creencias sustentan también las **reglas de filiación**: de las relaciones de filiación de un individuo pueden deducirse sus deberes, derechos y privilegios con respecto a otras personas y en relación a muchos aspectos de la vida social. De estas relaciones puede depender el nombre, familia, residencia, rango, propiedad y estatus étnico o nacional del individuo. Estas reglas pueden ser igual de variadas que cualquiera de los aspectos anteriormente descritos, baste decir que diferentes estudios antropológicos han descubierto correlaciones significativas entre estas reglas de filiación, las **pautas de residencia posmarital** y las **terminologías empleadas para el parentesco**, y que todas estas pautas culturales son a su vez determinadas por condiciones demográficas, tecnológicas, económicas y ecológicas.

Por ejemplo, en un ecosistema caracterizado por la escasez de recursos no intensificables, en condiciones tecnológicas que imposibilitan la agricultura o la ganadería, las sociedades se organizan según un modo de producción que se denomina “cazadores-recolectores”. Estas sociedades necesitan en estas condiciones núcleos familiares pequeños y móviles, por lo que

organizan sus familias en familias nucleares. Su sistema de filiación es bilateral (los hijos son parientes tanto de la familia del padre como de la madre) y su pauta de residencia es neolocal, formando cada pareja un nuevo núcleo familiar independiente. Su terminología de parentesco suele ser la denominada terminología esquimal que es idéntica a la nuestra. Se organizan de esta manera sociedades tan diversas como los bosquimanos o los esquimales.

Sorprendentemente nuestra cultura postindustrial tiene requerimientos infraestructurales parecidos a las sociedades de cazadores-recolectores debido a la necesidad de movilidad derivada de la necesidad de la búsqueda de empleos, y por lo tanto también mantenemos familias nucleares fácilmente movilizables, con las reglas de parentesco, terminología y pauta de residencia posmarital referida.

En ecosistemas y condiciones tecnológicas donde la agricultura es posible, el núcleo familiar se organiza en familias extensas, frecuentemente de filiación unilineal (los hijos son parientes de una rama, sea del padre o de la madre), con terminologías de parentesco hawaiana o iroquesa, y pautas de residencia ambilocales (la nueva familia reside en el hogar paterno o materno), ya que estas sociedades necesitan garantizar un grupo grande que permita intensificar la explotación y asegurar la defensa.

En este tipo de sociedades, la patrilocalidad (nueva familia se muda a hogar paterno, filiación será patrilineal) facilita la cooperación militar entre hombres que se han criado juntos, mientras que la matrilocalidad (la nueva familia se traslada al hogar materno, implica reglas de filiación matrilineales) es más ventajosa cuando los hombres han de ausentarse para expediciones comerciales o guerreras muy duraderas.

CONCLUSIONES

- Las formas en las que una cultura organiza su propia vida doméstica son contempladas desde esa propia cultura desde un punto de vista emic. Este punto de vista tiende además a justificar y perpetuar el mantenimiento de las

mismas mediante endoculturación. Desde un punto de vista etic, sin embargo, la organización de la vida doméstica es en gran parte determinada por factores económicos, ecológicos, tecnológicos, etc. que normalmente no son tenidos en cuenta en el punto de vista emic.

- La forma en la que cada cultura organiza la vida doméstica es extremadamente variable, y en cada caso define unos parámetros que son considerados normales dentro de esa cultura. En principio, ninguna de estos tipos de organización es ni mejor ni más “natural” que otros.
- Cualquier desajuste que se observe en una cultura, incluyendo pautas culturales que se asocien a psicopatología, puede dar lugar a sufrimiento y malestar. Diferentes disciplinas del conocimiento estudian nuestra sociedad para localizar las posibles fuentes de los conflictos que generan este “malestar en la cultura”. Así, además de las reflexiones que posibilita la antropología, desde el ámbito filosófico se enuncian teorías que hacen posible cuestionar de forma crítica el proceso de endoculturación cuando éste perpetúa funcionamientos que generan sufrimiento, y la sociología estudia los conflictos que surgen entre diferentes grupos de una misma sociedad que pueden pasar desapercibidos hasta que se expresan psicopatológicamente.
- Si se están observando diferentes pautas de organización de la vida familiar (incluidas nuevas formas de crianza), y además parecen asociarse a la aparición de psicopatología, es necesario profundizar en el estudio de los factores infraestructurales y estructurales que están cambiando para provocar estas manifestaciones supraestructurales.
- Una perspectiva exclusivamente psicologizante de este asunto podría contribuir a pasar por alto posibles causas de estos conflictos que son más difíciles e incómodas de abordar, pero que si no se hace se corre el riesgo de perpetuar el problema que se pretendía resolver.

BIBLIOGRAFÍA

Foucault, M. (2008 4.^a Ed.): *El orden del discurso*. Barcelona, Tusquets Editores, S.A.

Harris, M (2000): *Introducción a la antropología general*. Madrid, Ciencias sociales Alianza Ed.

Harris, M. (1999 10.^a Ed.): *El desarrollo de la teoría antropológica*. Madrid, Siglo XXI de España Ed.

Harris, M. (2004 10.^a Ed.): *Antropología cultural*. Madrid. Antropología Alianza Ed.

Lyotard, J-F. (2006 9.^a Ed.): *La condición posmoderna*. Madrid, Ediciones Cátedra.

Mattelart, A.; Neveu, E. (2004): *Introducción a los estudios culturales*. Barcelona, Paidós.

Picó, J. (comp.) (2002 4.^a Ed.): *Modernidad y posmodernidad*. Madrid, Alianza Ed.

Vidarte, F.J; Rampérez, J.F. (2005): *Filosofías del siglo XX*. Madrid, Ed. Síntesis.

NUEVAS CRIANZAS Y PSICOPATOLOGÍA*

Mercé Gibert Cloles**

RESUMEN

En esta presentación se plantea la relación entre nuevas formas de crianza y una posible especificidad en la incidencia de determinadas patologías en salud mental. Se define el marco conceptual de las nuevas formas de crianza. Se revisa la importancia de los factores asociados al entorno familiar en la clínica de los pacientes, así como la importancia del vínculo. Se lleva a cabo a continuación una revisión de la evolución histórica de la población humana, haciendo hincapié en la notable plasticidad o capacidad de adaptación a las nuevas situaciones. Finalmente, se enlaza con la experiencia clínica obtenida en el funcionamiento del Hospital de Día para Adolescentes de Gavà, a partir del análisis de la incidencia de patologías en función de modelos familiares.

ABSTRACT

In this study, we present the relation between new forms of breeding with a possible specificity in the incidence of some pathologies in mental health. We define the conceptual framework

* Comunicación libre presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes" tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Cap de Servei. Hospital de Dia per a Adolescents de Gavà. Fundació Orienta. 93-638.43.64 hospitaldia@fundacioorienta.com

of new ways of breeding. The importance of the factors associated with family environment is reviewed, as well as the importance of the bonds. The historical evolution of humanity is reviewed, emphasizing the great ability of adaptation to new situations. Finally, we link that with the clinical experience obtained in the daily work of the Children and Adolescence Day Hospital in Gavà, from the analysis of the pathologies in function of the family models.

En esta presentación se plantea la relación entre nuevas formas de crianza y una posible especificidad en la incidencia de determinadas patologías en salud mental. Se empezará definiendo el marco conceptual de las nuevas formas de crianza; seguidamente, se revisará la importancia de los factores asociados al entorno familiar en la clínica de los pacientes, así como la importancia del vínculo. Se llevará a cabo, a continuación, una revisión de la evolución histórica de la población humana, intentando encontrar momentos en los que anteriormente se ha producido un cambio cualitativo en las condiciones de desarrollo del individuo, haciendo hincapié en la notable plasticidad o capacidad de adaptación a las nuevas situaciones. Finalmente, se enlazará todo lo anterior con la experiencia clínica obtenida en el funcionamiento del Hospital de Día para Adolescentes de Gavà, a partir del análisis de la incidencia de patologías en función de modelos familiares.

1. MARCO CONCEPTUAL

El término nuevas crianzas permite una serie de interpretaciones bastante amplia. De entrada, puede entenderse como nuevas formas de llevar a cabo la crianza, es decir, la etapa en la que el individuo se desarrolla hasta llegar a adulto; esta visión es muy genérica, puesto que en ella caben muchos supuestos: la crianza en familias en las que existe una división de roles distinta de la que existía hace cierto tiempo; en familias en las que se ha producido un cambio a partir de la separación de los padres, con la consiguiente “repartición” del tiempo de crianza entre ambos, etc.

Esta visión, por lo excesivamente amplia, no permite avanzar en el análisis de cambios en la crianza asociados a elementos determinados. Deberíamos hacer un enfoque bastante más ajustado, intentando encontrar en el momento actual los elementos

que son más nuevos y distintos de los existentes en etapas anteriores. De otro modo, el concepto de nueva crianza perdería valor, puesto que sería posible hacer analogías con situaciones que se han venido dando desde hace tiempo. Así, por ejemplo, la familia monoparental se prestaría a ser comparada con familias en las que ha fallecido uno de los cónyuges; las familias con un progenitor que convive con una pareja distinta, a una familia en la que un viudo ha contraído matrimonio con una nueva persona, etc.

Es interesante en este sentido el enfoque de Pereira en su artículo sobre familias reconstituidas; en su artículo, él mismo afirma que el modelo de familia reconstituida ha existido siempre, aunque en los últimos años ha aparecido un nuevo tipo de ella; Pereira cita la definición de Emily y John Visher: la familia reconstituida es la formada por una pareja adulta en la que al menos uno de los cónyuges tiene un hijo de una relación anterior. Dentro de esta definición caben varios nuevos tipos de familias reconstituidas:

- Familia procedente de un divorcio, en la cual uno de los cónyuges tiene hijos previos.
- Familia proveniente de un divorcio, en la cual los dos cónyuges tienen hijos previos.
- Divorciado que tiene hijos, y cuyo ex-esposo/a se ha vuelto a emparejar.

Como características de estas familias, cita el hecho de que son familias en transición (con un número importante de cambios en un espacio corto de tiempo), y nacidas de la pérdida.

Podemos considerar, pues, el tema de nueva crianza entendiendo que la novedad reside en el hecho de que la crianza se está produciendo en el seno de una familia reconstituida de nuevo tipo.

2. IMPORTANCIA DEL ENTORNO FAMILIAR EN LA CLÍNICA. IMPORTANCIA DE LOS VÍNCULOS

El entorno familiar en el que se desarrolla el individuo en su infancia tiene una influencia muy notable en la formación de la estructura de su personalidad. Ésta es una cuestión insoslayable. Las referencias que se le van dando a lo largo de su evolución, y

sobre todo los vínculos que establece con los miembros de la familia, determinan las pautas que seguirá la persona a la hora de valorarse, de autoafirmarse y de establecer nuevas relaciones a lo largo de toda su vida. Es en el entorno familiar de origen en el que el individuo se diferencia del no-yo, en el que toma conciencia de sí mismo, en el que se forma una autoimagen a partir de los elementos que se le proporcionan. Es en éste entorno en el que las primeras relaciones pasarán a ser modelo de referencia en su modo de relacionarse en el futuro.

Todo este bagaje de experiencias pasan siempre a través de los vínculos establecidos. El individuo empieza a ser en relación, mediante el vínculo. Sin él, no hay persona; sin relación, no hay posibilidad de transmitir nada: ni valores, ni afecto, ni seguridad, ni confianza.

Es por lo tanto crítico el papel del vínculo en esta etapa crítica, valga la redundancia, de su vida. Si consideramos la cuestión de las nuevas formas de crianza desde esta perspectiva, podemos intuir que, en lo esencial, estas nuevas formas favorecerán o dificultarán el desarrollo sano del individuo en la medida en la que los vínculos funcionen o no lo hagan. La mayor o menor incidencia de patología mental a lo largo de la vida, en función de la presencia o no de vínculos satisfactorios en su etapa inicial, nos plantea la necesidad de valorar la calidad de dichos vínculos en las nuevas formas de crianza.

Así pues, en las nuevas formas de crianza, enfocando estas nuevas formas en las nuevas familias reconstituidas, deben valorarse y cuidarse los vínculos que el individuo establezca con los miembros de dichas familias. Apartándose de la consideración de que las nuevas formas sigan un patrón parecido a un modelo estándar de familia, lo esencial a la hora de la valoración sería pues el ver si los vínculos cumplen su función: transmisión de presencia, de seguridad, de afecto; retorno de una imagen positiva y real; estímulo al crecimiento y maduración.

3. CAMBIOS CUALITATIVOS DEL PARADIGMA FAMILIAR

En la evolución histórica y cultural de la población humana, encontramos diferentes momentos en los que se produce lo que

se podría denominar un cambio cualitativo del paradigma familiar; es decir, del funcionamiento como grupo del entorno más próximo al individuo.

No entraremos en consideraciones sobre la evolución de la humanidad en la prehistoria, aunque en esta etapa conocemos que ya existía un cuidado de la infancia, de los débiles y de los ancianos, un reparto de roles que se adaptaba a las necesidades, y una transmisión efectiva de valores culturales, es decir, una iniciación en la vida adulta. Existe una gran revolución en la entrada en el neolítico, y las formas familiares se adaptan, redistribuyéndose los roles, disminuyendo el número de miembros de la familia, cambiando el modo de transmisión de valores, los conceptos de pertenencia, etc. Posteriormente, existe un nuevo gran cambio en el advenimiento de la revolución industrial, otra vez con cambio en lo que se considera el número de miembros del grupo familiar, nuevo reparto de roles, papel de la infancia, etc.

En todos estos cambios, la plasticidad de la población humana permite reubicar, adaptándose, la funcionalidad necesaria de los vínculos; es más, con el avance del tiempo, dicha funcionalidad puede incluso madurar, concediéndose una importancia creciente al valor de la etapa inicial: la infancia se expande, y se puede cuidar de mejor manera el desarrollo del individuo en los primeros años de la vida. En otras palabras, un cambio de paradigma en el funcionamiento familiar no lleva necesariamente a un hundimiento, sino a una adaptación de la funcionalidad del vínculo, que es lo esencial.

4. EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES DE GAVÀ

En nuestro trabajo de más de diez años en el Hospital de Día para Adolescentes de Gavà, hemos podido recoger una notable experiencia en cuanto a la clínica de los pacientes que hemos tratado en todos estos años.

Por el amplio origen de la población atendida, hace tiempo que hemos podido valorar la influencia de diferentes factores en la incidencia y evolución de patologías en salud mental en la etapa de la adolescencia.

En este sentido, en lo que respecta a las nuevas formas de crianza, entendidas en el sentido más riguroso de nuevas formas de familia reconstituida, no hemos observado diferencias notables ni en el grado de incidencia del espectro de patologías en salud mental, ni en su evolución clínica y enfoque de los tratamientos.

En cambio, sí que existe una notable influencia en el desarrollo de ciertas patologías, así como en su evolución, de la existencia o no de vínculos satisfactorios en el entorno familiar. Un paciente con una familia estándar, en la que las relaciones no funcionan, en la que los roles no se adaptan a las necesidades y en la que no se prodigan los cuidados necesarios, independientemente de su problemática, va a tener más dificultades que un paciente de una familia reconstituida en la que se valoren las necesidades, exista el diálogo y se potencie el crecimiento personal.

5. CONCLUSIONES

Vemos pues que, una vez enfocado el tema, la experiencia nos confirma la esencialidad de la calidad de los vínculos, frente a las formas que pueden variar, como de hecho lo han venido haciendo desde hace mucho. Y ello nos da esperanza al permitirnos seguir creyendo en la capacidad del ser humano para adaptarse a los cambios.

PREMATURIDAD Y NUEVAS ESTRUCTURAS FAMILIARES: REPRODUCCIONES ASISTIDAS*

Remei Tarragó** y Janine Millán***

Uno de los retos de nuestros tiempos, en lo que a prematuridad se refiere, es el de las reproducciones asistidas, ya que corresponde a una de las causas más frecuentes de prematuridad.

En los últimos años estamos viviendo cambios que se producen a velocidad vertiginosa. Kant, en su *Crítica de la razón pura*, dice que “no hay duda de que todos nuestros conocimientos comienzan con la experiencia”.

Sabemos que, por un lado, está la totalidad de los resultados de las investigaciones científicas en permanente desarrollo: lo que llamamos “la ciencia”. Por el otro, el fruto de la llamada “práctica”, esos conocimientos que recogemos permanentemente todos los que transitamos por la vida, y, no solo en la esfera profesional de cada uno, sino también en la existencia personal, que forjan, de forma continua, la experiencia que el hombre va teniendo de sí mismo y del otro. Pero además de las investigaciones científicas y la práctica, hay que tener presente que el hombre está inmerso en una enorme riqueza de conocimientos:

* Comunicación libre presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra. Psicoterapeuta. Fundació FETB (UCIN Hospital Sant Pau). Professora URL. Email: 13018tr@comb.es.

*** Psicóloga. Fundació FETB (UCIN Hospital Sant Pau). Centre Especial Carrilet. Email: janine.millan@telefonica.net.

los provenientes de la tradición cultural, de la literatura, la filosofía, las ciencias históricas y las artes en general.

Todo este conocimiento, como nos dice Gadamer, sólo se vuelve experiencia cuando se integra en la conciencia práctica de quien actúa.

Por otro lado, sabemos que, según afirma Bion, el mayor enemigo del crecimiento emocional es no poder pensar. Considera el pensamiento como una función asociada a la capacidad de sostener y procesar las emociones que nos genera el contacto con la realidad.

Propongo, pues, que podamos pensar para poder sostener y procesar un poco más las emociones que nos genera el contacto con la realidad de las familias de hoy. Estas nuevas estructuras familiares a menudo entran en contradicción con nuestra tradición, cultura, la literatura y las artes, así como con la historia que conocemos hasta la actualidad. Estas nuevas organizaciones nos obligan, por lo tanto, a enfrentarnos a grandes cambios en las estructuras internas de modelos muy básicos.

Contrariamente al esfuerzo de pensar, preocupa la aparición de una fuerte tendencia caracterizada por intentar evitar el sufrimiento a toda costa. Crece la necesidad de encontrar soluciones inmediatas y reparaciones maníacas que no permiten ni el pensamiento ni el crecimiento.

La familia se encuentra inmersa en esta dinámica y su mayor conflicto es no poder pensar alrededor de las grandes mutaciones derivadas de los nuevos modelos con los que se enfrenta. Al inicio hablaba del desarrollo de las investigaciones y esto me llevaría a denominar a estas estructuras familiares, fruto de estas investigaciones, como *"los hijos de la ciencia"*.

De acuerdo con las investigaciones de la antropóloga Heditier, todas las sociedades se basan en la exigencia de sus miembros de procrear y aportar soluciones a los problemas de infertilidad. Como consecuencia se ven obligados a definir las reglas y los modelos de filiación que garanticen y legitimen la pertenencia al grupo.

Por lo tanto, debemos pensar ¿qué sucede en las fecundaciones por donación o a través de un útero de alquiler?, ¿y con los planteamientos de monoparentalidad o progenitores homo-

sexuales?, ¿cómo se crea un espacio mental para la maternidad después de un proceso biológico natural como es la menopausia?, ¿cuántas infertilidades tratadas como tales no corresponden a una programación tardía en la que el embarazo de forma natural es mucho más difícil por la edad de la mujer?, ¿qué representación mental pueden hacerse los padres de las denominadas reducciones?, ¿cómo se ayuda en la elaboración de estos duelos?... Son muchas las preguntas que nos planteamos y sobre las que debemos seguir pensando.

Explicaré un poco que en las técnicas de reproducción asistida pueden implantarse una cantidad de óvulos fecundados superior a la que puede tolerar la mujer. Si todos los óvulos siguen su proceso, la tendencia está en decidir cuántos de ellos quedan implantados y cuántos se eliminan (proceso que se conoce como reducción), sin que esta situación sea contemplada como un duelo. Desde la clínica sabemos que pasará mucho tiempo hasta que los padres puedan hablar de ello, y casi siempre desde un pensamiento confuso, quizás desde el “no pensamiento” en el que se vieron inmersos en el momento de tomar la decisión, vivida siempre como precipitada por la presión del tiempo que impone dicha actuación. ¿Cómo se elaboran tantos duelos y qué recursos damos a los padres para hacerlo? ¿Nos deja espacio la ciencia para enfrentarnos al duelo ante la presentación maníaca del éxito? Es en este terreno en el que debemos invitarnos a la reflexión y mejor comprensión de las técnicas, la ética y el duelo de la infertilidad.

Pero, ¿siempre son éxitos científicos lo que nos encontramos? A través de estudios recientes sabemos que uno de cada cien nacimientos de la población en general es un bebé de menos de 1.500 gramos. En la situación de fecundaciones *in vitro* se publican cifras como: partos múltiples de un 20 %, necesidad de ingreso en una unidad de cuidados intensivos del 15 % y mortalidad del 10 %.

Nos encontramos ante unos porcentajes que van a provocar separaciones bruscas muy importantes desde el inicio de la vida. El trabajo en una unidad de cuidados intensivos neonatales nos hace pensar en las dificultades en el establecimiento de un vínculo, el cual puede romperse desde el momento del nacimiento o

incluso antes de que éste se produzca. Y nos lleva a plantearnos ¿cómo debe medirse el éxito de las reproducciones asistidas, si por el número de bebés llegados al mundo o más bien por el número de embarazos que lleguen a su fin, evitando una rotura brusca del vínculo que estaba naciendo en el interior del cuerpo de la madre?

A continuación os presentaremos una entrevista que nos hizo pensar en estas nuevas estructuras familiares.

Es un niño concebido a través de un FIV con donación de óvulos.

El segundo embarazo ha sido natural.

– Acuden a mi consulta la madre, el padre y un niño de 2 años. Han sido derivados por la psicóloga de la guardería. Al entrar veo a la madre embarazada y el niño viene en brazos del padre, parece como que se ha dormido. Enseguida me lo dice: “Se ha dormido en el coche”. Es un niño con muy buen aspecto. Me mira con cara extraña. Le digo “Tú no me conoces”. Me presento y les invito a pasar a mi despacho. La madre se sienta en una silla y el padre es el que se encarga de quitar el abrigo al niño. Había preparado una casita con unos coches, unos muñequitos y unos animales, y el padre le dice: “Mira qué bonito”. Yo le ofrezco si quiere jugar mientras empezamos a hablar con sus papás y acepta enseguida. El padre se sienta en una silla más cerca del niño, que se sienta en el suelo. Yo les pregunto cuál es el motivo que les trae y la madre enseguida contesta: “Venimos porque tiene papitis”. Yo hago una cara de extrañeza y le pregunto qué me quiere decir con esto. Me dice: “Mire, no sé si es problema del niño o es un problema mío o de mi relación con él. Carlos no me llama nunca por las noches cuando se despierta, ni me reclama si estamos en un parque y se cae, o si tiene que pedir algo. En todos estos casos siempre dice papá. Al principio, cuando su papá se iba a trabajar, antes de que fuese a la guardería era un drama. Se quedaba conmigo pero cada despedida era muy difícil. Si está con su padre y quien se va soy yo no hay problema. Trabajamos los dos, y antes de que naciera ya habíamos decidido que compartiríamos la baja maternal y así lo hicimos”. El padre dice: “Yo no creo que ésta sea la causa”. La madre no deja

seguir al padre, y dice: “Mis amigas me dicen que tengo mucha suerte, porque a ellas lo que les sucede es que tienen a sus hijos siempre pegados a sus faldas, que si se despiertan por la noche siempre son ellas las que se levantan de la cama, aunque no las llamen”, y entonces hace una exclamación, “El codazo siempre va para ellas”. Yo observo al niño, que sigue jugando y en algún momento le va mostrando al padre los juguetes que va encontrando. Y el padre es quien se los va descubriendo. Veo al padre en una postura física más cercana del niño, está semivolcado hacia el juego del niño. La madre sigue su discurso: “También es verdad que ahora, con el otro (y se mira la barriga) todo será más difícil, me dicen que quizás es porque estoy embarazada, pero yo sé que todo esto ya sucedía antes”. Pregunto a la madre de cuánto está embarazada. Dice que de 27 semanas. “Si ahora ya tengo tantas dificultades, cuando nazca la hermana no quiero ni pensarlo”. En este momento llama “mamá”, y el padre se dispone a contestarle mientras la madre sigue su discurso hablando de su embarazo. Le hago notar que el niño le reclama para decirle algo y la madre mira al niño y al marido y dice: “A mí no, era a él”. El niño la llama nuevamente y la madre lo mira sorprendida. El padre comenta que cada vez son más las situaciones en que el niño la reclama. La madre sigue su discurso sin atender la demanda del niño, y me dice: “Ahora si voy a buscarlo a la guardería lo acepta, antes reclamaba al padre al salir”. Pregunto si toda esta situación la relacionan con algo y el padre empieza diciendo que sí. “El niño es prematuro, nació de 27 semanas de gestación y lo tuvieron que trasladar con ambulancia a un hospital de Barcelona. La madre se puso de parto sin que nadie supiera las razones y fue imposible pararlo. Me fui yo con el niño en la ambulancia. La madre tardó 8 días en verlo porque luego tuvo unas fiebres y la tuvieron unos días más en la clínica. Le dieron antibióticos y le aconsejaron retirar la leche materna”. Pregunto cómo lo hicieron durante estos días y es la madre quien comenta que ella se sintió muy mal. Le costó entender qué le estaba pasando. De repente estaba sin embarazo y sin niño, no lo podía asimilar. El padre comenta que estuvieron en un hospital donde permiten la libre entrada a los padres, y él estaba varias horas al día. Le propusieron

tenerlo piel a piel, el método canguro, durante el tiempo que él estaba allí. El padre dice, con una cara radiante: “Fue una experiencia extraordinaria”. Y entonces añade: “Dentro de las dificultades”. El niño seguía jugando y en este momento empieza a estar cansado. Pide para hacer pipí. Les indico dónde pueden ir dirigiéndome a la madre. El niño se levanta y dice: “No, el papá”. La madre no insiste y el padre se lo lleva a hacer pipí. Mientras están fuera, la madre me dice que muchas veces ha pensado que el niño no le perdona que no pudiese tenerlo el tiempo necesario, y que por su culpa todo lo que ha tenido que pasar. Le señalo que este sentimiento la lleva a retirarse muy rápido ante el deseo de su hijo, y la madre sigue diciendo: “Lo he hecho tan mal desde el inicio que pienso que no lo entiendo, no sé qué hacer y siempre acabo por retirarme, es como si yo fuese el padre y dejase a mi marido porque él lo entiende más. Lo que me gustaría saber es por qué los hombres no se enfadan ni les duele cuando los niños dicen mamá”. En este momento entran el padre y el niño, la madre está algo llorosa mientras me explica esto y el niño, al entrar, apoya su cabecita encima de la barriga de mamá. La madre le dice: “¿Vienes a decirle hola a la hermanita?”. El niño hace cara de enfadado y le digo: “Me parece que tienes ganas de mimos de mamá”. La madre lo acaricia y el niño se queda muy quieto en el regazo de mamá. En este momento es casi la hora, comento que podríamos quedar para otro día. Buscamos una hora y al despedirnos la madre me dice: “Espero que nos podamos ver, no crea que nuevamente lo haga tan mal”. Le digo que entiendo que tiene muchos miedos y que quizás no es casual que hayan consultado ahora, que espero que nos veamos y nos despedimos. El niño, al irse, se coge de las manos de papá y mamá y se van los tres con el niño en medio.

ESTILOS DE CRIANZA Y AMBIENTES FAMILIARES EN MENORES Y JÓVENES VIOLENTOS. UN MODELO PSICOTERAPÉUTICO DE APOYO PARA LA INTERVENCIÓN*

Ángel Estalayo, Olga Rodríguez y Juan Carlos Romero

RESUMEN

El presente artículo pretende mostrar una propuesta de psicoterapia de apoyo destinada al abordaje de la involuntariedad del tratamiento en contextos no ambulatorios con población que cursa con violencia. Así se parte de la generación de un ambiente validante fruto de la interacción entre variables individuales (estilos de apego, estilos de relación o crianza y emociones) que permita la maduración del paciente a través de una serie de etapas.

Palabras clave: psicoterapia de apoyo, involuntariedad, violencia, ambiente validante.

INTRODUCCIÓN

La consideración de los estilos de crianza como un factor importante en el desarrollo madurativo de un niño supone una cuestión que a priori parece indiscutible. No obstante, el análisis de dicha influencia como elemento causal que produce contenidos consecuentes dependientes del contenido y forma de dicho

* Comunicación libre presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

estilo pudiera entrar en debate, según nuestra experiencia. A lo largo de este texto intentaremos exponer nuestra postura acerca de las dinámicas relacionales que generan respuestas funcionales o, en su defecto disfuncionales y los motivos que en nuestra opinión lo posibilitan.

De esta manera, nuestro modelo de intervención (Psicoterapia de Vinculación Emocional Validante) parte de la premisa de una bidireccionalidad entre los estilos de crianza o educativos de los padres o educadores con los respectivos estilos de apego que presentan y los estilos de crianza o educativos percibidos por los hijos o educandos según sus propios estilos de apego y las experiencias de relación acumuladas en su entorno familiar.

De idéntica manera, partimos de considerar que dichas dinámicas contribuyen a generar un ambiente familiar que constituye un sistema que responde a un principio holístico desde el que el todo supone una entidad diferente a la suma de las partes y de sus causalidades relacionales. Así, dicho ambiente acaba influyendo a cada uno de sus componentes que no suelen ser conscientes de dicha influencia. Una de las consecuencias suele ser la contribución a generar un aprendizaje, adecuado o no, en la gestión, regulación o representación mental de los estados emocionales que se encuentran tras las respuestas funcionales o conductuales que se emiten.

Habida cuenta de todo lo anterior, la VEV se presenta como un modelo que pretende articular respuestas educativas, incluso pudieran reconsiderarse de re-crianza, para pacientes o usuarios que siguen una trayectoria de respuestas disfuncionales y trasgresoras. Se trata de un modelo que pretende articularse como una psicoterapia de apoyo destinada a los profesionales que intervienen en contextos de protección o de control con un encuadre intensivo, es decir, residencial. También se destina a la intervención psicosocial con personas que cursan su psicopatología con violencia expresada hacia ellos mismos o hacia los demás.

En este sentido, nuestra experiencia se basa en la intervención con adolescentes que presentan dinámicas de trasgresión de la norma o que requieren la articulación de un entorno convi-

vencial de referencia sustitutivo al familiar de cara a su protección y adecuado desarrollo personal y social, y que además suelen presentar comportamientos violentos.

LA COMPRESIÓN DE LAS DINÁMICAS FAMILIARES DESDE LA VEV

Nuestra postura respecto a los menores con los que nos relacionamos se basa en la concepción de que los estilos de crianza se pudieran corresponder desde su aspecto más funcional con los estilos educativos familiares tradicionales:

- Democrático: control alto, afecto y comunicación alto.
- Autoritario: control alto, afecto y comunicación bajo.
- Permisivo: control bajo, afecto y comunicación alto.
- Negligente: control bajo, afecto y comunicación bajo.

En este sentido, queremos subrayar que dentro de la modalidad de psicoterapia de apoyo que postulamos con nuestra propuesta vinculación emocional validante partimos de que las dinámicas familiares se componen de los estilos de crianza de los padres y de sus estilos de apego adulto por un lado y de la percepción de dichos estilos por parte de los hijos e hijas y de sus propios estilos de apego. Entre estos factores se daría una comunicación e influencia que partiría de una bidireccionalidad diferente al posicionamiento causal de influencia de los padres sobre los hijos, tal y como defienden otras posturas.

Así, entendemos que la elección paterna de un tipo de estrategia educativa disciplinar es el antecedente más que el consecuente de la conducta del hij@ (Hoffman, 1994).

De igual forma, partimos de una concepción de bidireccionalidad en la que se afirma la afectación e influencia mutua tanto de expresión afectiva y temperamento como de tipo de conducta parental e infantil (Grazyna Kochanska).

La interacción entre el temperamento y reacción infantil y la forma de socialización parental provocaría interacciones diferentes con efectos positivos y negativos:

- El temperamento del niñ@ puede ser causa también de un tipo de relación y actitud paterna.

- Dicha bidireccionalidad se concreta en los estilos cognitivos de representación interna de l@s niñ@s de su experiencia relacional.
- El objetivo de la educación es posibilitar un marco de relación que facilite un apego seguro.

Así las cosas, partimos de un concepto de apego seguro que se mantiene de forma estable como garantía de disponibilidad por parte de la figura de crianza, que proporciona en el niñ@ la anticipación de conductas de crianza satisfactorias, adecuadas a sus necesidades y prontas en sus respuestas, generando una base de confianza y tranquilidad que le permita potenciar la exploración de su entorno y la interacción con los otr@s. (Bartholomew, 1990).

No obstante, este tipo de apego no siempre se da en padres o educadores, y por supuesto tampoco en los menores. Los estilos de apego de los que partimos serían los siguientes:

- **SEGURO:** Cómodo con la intimidad y la autonomía; buena imagen de sí mismo y de los demás.
- **PREOCUPADO:** Ambivalente, demasiado dependiente; buena imagen de los demás, baja de uno mismo.
- **RESISTENTE:** Negación del apego, contra-dependiente; mala imagen de los demás, alta de uno mismo.
- **TEMEROSO:** Miedo al apego, evitativo; mala imagen de los demás y de sí mismo.

En el análisis de la bidireccionalidad entre estilos de apego adulto y estilos de crianza ejercidos, entre esta dinámica descrita y los estilos de apego de los niños, recogemos la perspectiva de Sroufe que destaca la importancia de las relaciones diádicas, en los cuales el constructo del individuo sobre sí mismo y de otros hace surgir reacciones predecibles en otros que refuerzan y mantienen patrones de comportamiento y modelos internos.

Por otra parte, Magai e Hunziker, al contrario de Sroufe atribuyen la continuidad de los comportamientos relacionados con el apego a la estabilidad del ambiente en que se desarrolla el niñ@.

Con todo lo anterior, la dinámica entre todos los factores descritos genera ambientes familiares como resultante de un principio holístico de relación. Dichos ambientes pueden ser fun-

cionales o validantes de las emociones de sus componentes o invalidantes. De esta forma un ambiente invalidante es muy nocivo para el niño con una alta vulnerabilidad emocional. A su vez, *el individuo emocionalmente vulnerable y reactivo* provoca la invalidez de un medio que de otra manera sería sustentador. Una característica del *ambiente invalidante* es la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada (por ejemplo, a las creencias, pensamientos, sentimientos y sensaciones del niño) y, en particular, a ser insensible frente a la experiencia privada no compartida con el grupo. Los *ambientes invalidantes* tienden a responder de una manera exagerada (por ejemplo, reaccionar exageradamente o demasiado poco) a la experiencia que sí es compartida por el grupo. LINEHAN, Marsha; 2003: 22, Paidós: Barcelona).

Creemos que este tipo de ambientes se encuentra detrás de muchos síntomas y estructuras relacionales disfuncionales que presentan menores o jóvenes que cursan su sufrimiento con violencia y trasgresión.

La Psicoterapia de vinculación emocional validante procura establecer ambientes educativos validantes, en los que la figura del educador tiene, ante la gravedad de los problemas presentados, una labor de reeducación o quizá, permitiéndonos cierta licencia de crianza.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

Partiendo de la idea anterior en que el ambiente invalida las emociones y las respuestas recíprocas entre los miembros del sistema familiar, nuestra experiencia en contextos de control destinados a jóvenes y adolescentes nos hace ver que la conducta transgresora de este tipo de jóvenes viene acompañada en todos los casos de la aparición de conductas violentas.

Habida cuenta de ello, y teniendo en cuenta que dicho componente violento supone un factor importante a tener en cuenta, dentro de nuestra intervención y como antecedentes de las fases del modelo de psicoterapia de apoyo que proponemos, hay una serie de aspectos que tenemos muy presentes, y que pueden resumirse en:

- La conducta problemática siempre nos comunica dificultades bien a nivel individual del propio joven, o bien a nivel del marco relacional que establece con su propia familia o con el contexto al que pertenece y en el que se relaciona.
- La conducta problemática es una expresión de sufrimiento para el/la joven y el contexto al que pertenece.
- La conducta violenta es una alternativa entre muchas opciones de respuesta a las exigencias del entorno.
- La conducta violenta es una conducta adaptativa del ser humano al contexto en el que se desenvuelve, y que será natural cuando se produce en su contexto, pero que resultará disruptiva cuando se produce fuera del mismo.
- Hay que conseguir distinguir la realización de un hecho violento de la necesidad de violencia como proceso.
- Es más importante actuar sobre la necesidad, sin que ello impida intervenir sobre los actos violentos concretos.
- Siempre debemos tratar de romper la muy a menudo, e inicialmente, incomprensibilidad de la conducta violenta para el/la joven.
- El problema de la intervención no está en los actos violentos en sí, sino en la respuesta que el/la joven da a los mismos.
- Es por ello que debemos ampliar la comprensión por parte del joven acerca de su conducta e introducir nuevas lecturas comprensivas sobre la conducta violenta que manifiesta, cambiar la narración-problema con que se presenta a una narración que permita al joven comprenderse desde otra perspectiva y cambiar su comportamiento.
- La intervención pasa por elaborar respuestas que reflejen las huellas que el/la joven ha dejado en su comunicación.
- La respuesta tiene en cuenta que el control no se adquiere de una sola vez, sino que se adquiere procesualmente, a través de fases de control parcial y de descontrol, es decir, se trata de un proceso madurativo.
- La respuesta y su importancia subraya la figura del profesional que interviene en estos casos.

- Para establecer una respuesta adecuada hay que concretar sus características, partiendo de lo más general, para llegar a lo más concreto.
- Partiendo de lo anterior, el diseño de la respuesta parte de la comprensión del acto violento. También de los modelos representacionales y del estilo de relación del sujeto, así como de las características del entorno.

En cuanto a la comprensión del acto violento en general, partimos de la consideración de la violencia desde la perspectiva que ofrecen Caprara y Pastorelli, que diferencian entre:

- **Violencia REACTIVA:** Se trata de una violencia de tipo afectivo-impulsiva, que surge de una alta susceptibilidad por parte del individuo, con gran irritabilidad y con una pobreza en su repertorio comportamental ante la respuesta a situaciones de frustración.

También se caracteriza porque los individuos que presentan este tipo de violencia posteriormente manifiestan un miedo al castigo o a las posibles consecuencias que se pueden derivar de su uso, al tiempo que también manifiestan una sincera necesidad de reparación sobre el daño que pudieran haber ocasionado.

- **Violencia INSTRUMENTAL:** A diferencia de la anterior, se trata de una violencia de tipo cognitivo-social. Es un tipo de violencia controlada, donde el individuo es consciente de que obtiene beneficios ante su empleo, por lo que manifiesta una alta tolerancia hacia la misma, con muy poco miedo hacia las consecuencias que puedan derivarse de la misma, que, por otra parte, en muchas ocasiones, con mayor o menor acierto, ya han sido calibradas por el propio individuo. Es por ello que, al contrario que con la anterior, el/la joven manifiesta una baja necesidad de reparación y desempeño moral.

A pesar de esta diferenciación que establecen estos autores, en nuestra experiencia es muy difícil, por no decir imposible, hablar de tipos puros de violencia, observando que lo común es que ambos tipos de violencia convivan en un mismo joven, aunque, eso sí, con una mayor prevalencia de uno de los tipos sobre el otro.

También en nuestra intervención tenemos muy presente que no todos los comportamientos transgresores tienen el mismo nivel de gravedad, situando el mismo en un continuo.

Así las cosas, cruzando los tipos de violencia con un continuo de gravedad en los trastornos que normalmente cursan violencia expresada, obtenemos el siguiente cuadro:

	Problemas de disciplina	Trastornos del comportamiento	Trastornos de personalidad	Psicosis
Violencia reactiva				
Violencia instrumental				

De todo ello se deriva que una parte fundamental del trabajo inicial con este tipo de jóvenes radica en observar su comportamiento y formas de relación y situarlos en el cuadrante correspondiente. Cada cuadrante conlleva unas estrategias específicas de intervención.

Forma parte de nuestra comprensión sobre el trabajo con este tipo de población que es muy difícil trabajar con un/a joven que manifiesta un uso primordial de la violencia instrumental y que es condición necesaria para el éxito en este tipo de intervención el volver a etapas anteriores y reactivar esa violencia instrumental, debemos pasar de una violencia instrumental a una violencia reactiva, aun a costa, y lo decimos claramente, de adoptar decisiones con respecto a él o ella que pueden resultar “conscientemente injustas” y que, si bien en un principio pueden ocasionar un agravio comparativo, no son lesivos de sus derechos, hacen inútil el control consciente y calculado sobre su conducta por parte del propio/a joven, generando frustración y a la larga generando un beneficio mayor.

Con todo lo anteriormente expuesto, nuestro modelo de intervención propugna la generación de un ambiente validante que se caracterice por presentar una serie de aspectos que posibiliten **validar** la experiencia emocional de los jóvenes y donde, a través de la relación de una figura adulta, que es el/la profesional y que actúa como guía, transiten en la relación hacia la movilización de su modelo de apego originario hacia un apego

seguro, de tal manera que ese tipo de relación con esa figura basada en un apego seguro sean capaces de generalizarlo en un futuro en aquellas relaciones que mantengan una vez que esa figura adulta haya desaparecido.

La generación de este tipo de ambiente validante y de esta movilización del estilo de apego originario hacia un apego seguro lo articulamos en cuatro etapas, cada una de ellas definida por una serie de fases, de tal manera que es condición indispensable y necesaria que el joven haya superado los aspectos fundamentales de cada una de las fases para que el profesional se plantee iniciar con garantías la siguiente, puesto que la fase anterior es el cimiento indispensable sobre la que se apoya la posterior.

2.1. Primera etapa: Establecimiento de la relación

Cuando entramos en relación con jóvenes de estas características es necesario crear un marco claramente definido y regulado, un contexto y un encuadre claro y conocido por todos, predecible, con una serie de aptitudes y actitudes que posibilite articular entre el profesional y el joven una base lo suficientemente segura como para establecer un tipo de vínculo que resulte sustentador y donde el joven pueda validar una experiencia emocional que hasta ese momento, de una u otra forma, ha resultado invalidada.

Así, en esta primera etapa distinguimos tres fases:

a) **La disciplina:** En este sentido, recogemos aquellas definiciones y enfoques que se refieren a la articulación de medios o métodos destinados a posibilitar consensuar las necesidades individuales y grupales y que están destinadas al autogobierno del sujeto. Sabemos que durante un tiempo el mero hecho de mencionar la palabra disciplina se asociaba a arbitrariedad, exceso, siendo “mal vista” en muchos entornos profesionales. Sin embargo, apostamos por “educar sin complejos”, cuando el contenido de la intervención se mueva en los límites anteriormente recogidos. Si no, el crecimiento de problemas de conducta puede generar un movimiento pendular que lleve a pasar de una época permisiva a una castigadora o arbitraria. Aprovechamos este espacio para poner un punto de reflexión acerca de la necesidad de prevenir este particular.

La disciplina abarca tres dimensiones:

- *La disciplina preventiva*, es decir, una serie de reglas y normas, que no muchas, que resultan claras y conocidas para todos y que establecen lo que está permitido y lo que no, es decir, el contexto en el que se enmarca la relación, y las consecuencias ante el incumplimiento de esas reglas y normas.
- *La disciplina activa*, que supone el establecimiento efectivo por parte de las figuras adultas de las sanciones establecidas y conocidas ante el incumplimiento de las normas o reglas.
- *La disciplina resolutive*, es decir, la que garantiza el cumplimiento de la sanción impuesta, sin que haya posibilidad alguna de eludirla.

Cuando nos encontremos ante fallas en la disciplina, será necesario y determinante por parte del profesional establecer en cuál o en cuáles de estas tres dimensiones se encuentra la dificultad, para así poder intervenir de forma adecuada en las estrategias necesarias para poder paliarla.

b) **La contención:** Éste es un concepto que en ocasiones se asocia en contextos más restrictivos o a dinámicas de aislamiento o reducción física como protocolos de intervención.

Sin embargo, nosotros nos basamos en otra idea anterior: la de continente/contenido. Se corresponde a la *“designación para lo que se considera fundamento de cualquier relación entre dos o más personas, tanto niño y madre, como hombre y mujer, o individuo y sociedad. En el modelo más básico, el bebé proyecta una parte de su psique, especialmente las emociones incontroladas, para que su madre las contenga. Ésta las absorbe, las –traduce– en significados específicos y actúa sobre ellas solícitamente. El proceso resulta en la transformación de las identificaciones proyectivas del bebé en pensamientos con significado”* (Teoría de BION; tomado de Moore & Fine, Términos y conceptos psicoanalíticos, 1997: 404; Biblioteca Nueva, Madrid).

c) **La valoración:** En este sentido nos referimos a la capacidad de influir alabando, valorando aquellos comportamientos que deseamos se mantengan o aparezcan en los jóvenes, no en

función del comportamiento en sí, sino de lo que representa. *“No es que se premie por una acción bien hecha, sino que se le presenta el objetivo o motivo de forma que el joven, en un primer momento, se sentirá atraído por él y, después, con aquellas indicaciones, y en la medida que vaya madurando, podrá ir analizando esas mismas razones para aceptarlas o rechazarlas de una forma más crítica y madura”* (Valdivia, C., Los estilos educativos en la educación familiar; 2003:38-39; Letras de Deusto, Bilbao). Dentro de este concepto, nosotros ahondamos en la vertiente de valorar a la persona y no el comportamiento, es decir, “validar” las expresiones del joven (recordar definición de Linehan). Así, *“la validación consiste en reforzar activamente la realidad de las percepciones de los sujetos e identificar las funciones adaptativas que desempeñan sus defensas y comportamientos”* (Gunderson & Gabbard; Psicoterapia en los trastornos de personalidad; 2002: 51; Ars Médica, Barcelona).

2.2. Segunda etapa: Vinculación emocional validante

Si las tres fases anteriores se han cubierto satisfactoriamente, el/la joven puede permitirse situar al profesional como una figura de referencia y dotarle de un valor y unas características de las que hasta ese momento estaba desprovisto/a, a semejanza de un guía en que se puede confiar porque es capaz de limitar, sostener y, al mismo tiempo, ver lo que de auténtico hay en la persona y a través del cual obtiene un apoyo que le posibilita el generar nuevos aprendizajes y nuevos patrones de relación desde la seguridad de que lo que ponga en esa relación va a ser debidamente contenido y validado. Así, es común observar jóvenes que tienen un comportamiento adecuado con una persona y que no manifiestan ese mismo comportamiento con otras. De lo que podemos concluir que si un joven puede comportarse bien con una persona, puede hacerlo con las demás si tiene un/a guía.

Esta etapa viene determinada por una única fase:

d) **La confianza básica:** Este tipo de relación es el que va a favorecer que el/la joven pueda permitirse confiar en el/la profesional, sentirse seguro en la relación con el/ella y, de esta forma, introyectar e imitar a la figura del profesional.

Con esa guía o modelo de identificación (diferente de un modelado social), el joven puede internalizar nuevas formas de relación, teniendo en cuenta que *“el proceso de internalización consiste en una serie de transformaciones: a) una operación que inicialmente representa una actividad externa se reconstruye y comienza a suceder internamente; b) un proceso interpersonal queda transformado en otro intrapersonal; c) la transformación de un proceso intrapersonal es el resultado de una prolongada serie de sucesos evolutivos”* (Vygotski. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. 1978: 93-94. Barcelona: Biblioteca de Bolsillo).

Siguiendo a Vigotski, que la zona de desarrollo próximo, como *“diferencia entre nivel real de desarrollo determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración de un compañero más capaz”* (Ibid. cit, 1979: 133), depende de la capacidad del profesional para generar esa confianza básica a través del proceso de contener y validar al joven en la manifestación de sus conductas violentas o trasgresoras.

2.3.Tercera etapa: Autonomía

Una vez que el/la joven ha internalizado nuevas formas de relación en base a la movilización de su estilo de apego originario hacia un apego seguro con la figura del profesional, y una vez que el/la joven ha tenido experiencias de enfrentarse a los diferentes problemas y situaciones vitales de formas alternativas a las que había generado hasta el momento, entendemos que es el momento de empezar a trabajar su autonomía como punto de partida hacia la separación que inevitablemente se va a producir de la figura del profesional y del contexto en el que se encuentra en este momento.

Esta tercera etapa consta de tres fases:

e) **La responsabilización:** (Habida cuenta del abordaje de la negación de la conducta, de su impacto o de sus consecuencias); lo entendemos como el proceso mediante el cual el joven acepta y asume, no sólo las consecuencias, sino la presencia de un aspecto problemático a resolver, su participación activa en la

persistencia del mismo, así como en su superación. El último aspecto hace referencia a la importancia de partir de dicha responsabilización en el momento de un posible cambio del joven, partiendo de sus recursos, de forma que el cambio no suponga una pérdida de identidad.

f) **Amenaza a la identidad:** Tal y como Jeammet suele señalar, uno de los motivos de reincidencia en problemas de conducta violenta es que el cambio propuesto desde la intervención supone una amenaza a la identidad del joven y éste la realiza conductualmente, pero no la asume ni acepta. De hecho, *“la dimensión subjetiva es determinante. Esta referencia a la vivencia del sujeto, ya sea la vivencia sentida de lo experimentado o la que dicta su comportamiento, nos servirá de hilo conductor en la investigación del sentido de la violencia y de su lugar en la economía psíquica. Esto nos conduce a formular la hipótesis de que lo vivido refleja como espejo lo que experimenta, sin que sea necesariamente consciente de ello, aquel que actúa con violencia y que la violencia representa una defensa sobre la identidad”* (Jeammet, P.: La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza a la identidad; tomado de Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente; nº 33/34; 2002: 61). De este modo, cuando el contexto es menos restrictivo, el joven vuelve a actuar con violencia, partiendo de la hipótesis de que la violencia representa una defensa contra la amenaza a la identidad.

Así, proponemos una responsabilización y un cambio desde los recursos ya existentes del joven que no supongan una amenaza a su identidad para posibilitar una desistencia, habida cuenta de que *“la identidad es el espacio donde el individuo se reconoce a sí mismo y, como tal, es extraordinariamente resistente al cambio”* (Juan Luis Linares: Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica; 1996:27; Barcelona, Paidós).

g) **La desistencia:** Que *“estaría más unida a cambios de ambiente de vida, entre los que tienen un lugar privilegiado la elección de la novia o del cónyuge –que reestructura la existencia y reorienta las relaciones sociales– y la intervención de un trabajador social, de un juez, de una persona externa que logra*

devolver al joven y a sus padres una parte positiva de la imagen que tienen de sí" (Born & Boet, Delincuencia, desistencia y resiliencia en la adolescencia; tomado de Manciaux, La Resiliencia: resistir y rehacerse; 2003: 143-144; Gedisa, Barcelona). De este modo, entendemos que la intervención con personas con problemas conductuales persigue conseguir la desistencia por parte de las mismas de su estilo de relación en base al establecimiento de la relación con el profesional y su estabilidad emocional, que contribuye a validar contenidos emocionales privados no compartidos.

2.4. Despedida y cierre

Una vez que el joven ha transitado con éxito por las fases y etapas anteriores, o una vez que finaliza el tiempo que tiene establecido el profesional para llevar a cabo su intervención, es necesario establecer entre el profesional y el/la joven un reencuadre y una nueva reformulación de la relación que mantienen entre ambos, de tal forma que el cese de la misma no suponga un retroceso en los avances que se han obtenido hasta ese momento.

Es en esta etapa donde se realiza la fase de:

h) **La desvinculación:** Que permite que el/la joven, desde la base de una experiencia de relación con el/la profesional en base a un apego seguro, pueda separarse de éste sin que ello haya de ser vivido por aquél como una nueva experiencia de abandono o de fracaso relacional, conociendo que, aunque separados, esa figura va estar siempre presente cuando lo necesite, bien de una forma real, si es que el contexto de actuación del profesional lo permite, bien de una forma introyectada, y conociendo también que esa experiencia emocional derivada de la separación puede ser compartida, y no mantenerse en el espacio de lo privado, por la seguridad que tiene de que va a volver a ser contenida y validada por parte del profesional.

Aun así, se trata de una fase de gran dificultad por cuanto que el/la joven es consciente de haber experimentado con el/la profesional un nuevo tipo de relación en un contexto determinado y que esto no es lo habitual en aquellos contextos de los que procede. De este modo, queremos señalar que la interven-

ción sobre esta realidad trasciende la respuesta desde un único entorno educativo. Desde nuestra experiencia, cuando las respuestas se articulan partiendo exclusivamente de una única vertiente de la red que entra en contacto con la problemática, las intervenciones fracasan o, en el mejor de los escenarios, funcionan en ese espacio, pero no se generalizan a otros.

Por otra parte, la intervención como **contención validante**:

a) Da siempre una respuesta o consecuencia negativa a la conducta problemática, de una manera coherente entre todos los miembros que intervienen con el joven;

b) Valida la experiencia privada no compartida, rescatando el sentimiento y lo que de intención positiva pudiera tener dicha conducta inadecuada, valorando lo que ello representa;

c) Rescata la parte positiva también a través de los recursos de que ya dispone, de forma que el cambio en la expresión no suponga una renuncia a los contenidos de su identidad, y oferta vías que promuevan y se basen en la progresiva responsabilización del joven;

d) Parte de un profesional que actúa como referente, que contiene las conductas inapropiadas y las traduce (rescatando lo que de sentimiento positivo tienen y dando una consecuencia proporcional a la conducta), que responsabiliza al joven desde su responsabilidad y que mantiene un equilibrio en la intervención aunque ésta sea violenta. O lo que es lo mismo, interviene sobre la inestabilidad emocional del joven, desde su propia estabilidad;

e) La validación no parte sólo de la detección del contenido de la expresión emocional no compartida. Sino que también esta última puede crearse como una nueva narrativa en el seno de la relación del joven con el profesional, hacia la que desarrolla un apego seguro, habida cuenta de las características contenedoras de la misma. Dicha narrativa supone una “traducción” de los contenidos incontrolados, proyectados en la relación; dicha validación, nuevamente, parte de una disposición psíquica del profesional que resulta contenedora, para crear una narración que recoja la emoción no compartida y para expresarla adecuadamente. Así, desde la zona de desarrollo próximo, el profesional demuestra y valida al educando no sólo lo que

hace, sino lo que puede llegar a hacer. Es decir, el profesional imagina que el joven puede hacerlo; el joven mediante la internalización de la dinámica interpersonal establecida, imagina que él puede hacerlo; el joven lo hace sucesivamente o en otras palabras y sólo quizá otro sentido, realizar “*el menor gesto significativo que venga a decir: tú existes en mi consideración y lo que tú haces es importante para mí*” (Cyrułnik, B: *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona. Gedisa Editorial. 2003: 100).

BIBLIOGRAFÍA

Aguado, Roberto (2005). *Manual práctico de Terapia de Interacción Recíproca: hipnosis clínica en psicoterapia*. Edit. Síntesis, Madrid.

Alexander, J. F.; Schiavo, R. S.; Parson, B.V. (1976), *Systems behavioural interventions with families of delinquents. Therapist characteristics, family behaviour and outcome*.

Breulin, D. (1989), *The prediction of learning in family therapy training programs*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, págs. 387-395.

Cabré, V. y Castillo, J. A. (2003), *Las tensiones inherentes al ejercicio profesional*, *Revista de Educación Social*, n.º 23, págs.

Cancrini, L. (1996), *La caja de Pandora. Manual de Psiquiatría y Psicopatología*, Barcelona, Paidós, pág. 241.

Caprara y Pastorelli (1996); *Indicadores precoces de adaptación social*. En J. Buendía (ed.) *Psicopatología en niños y adolescentes*. Desarrollos actuales. Madrid. Pirámide.

Cirillo, S. (1997), *El subtipo “regular” de la familia del paciente antisocial*, *REDES*, volumen II, n.º 1, págs. 29-42.

Cyrułnik, B. (2003), *El murmullo de los fantasmas*, Barcelona, Gedisa Editorial.

Federación de Asociaciones para la prevención del Maltrato Infantil y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1998), *Manual de buena Práctica para la Atención Residencial a la Infancia y Adolescencia*.

Figley, C. y Nelson, T. (1989), *Basic family therapy skill. Conceptualization and initial findings*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, págs. 349-366.

Gradillas, V. (2002), *Trastornos de personalidad en la práctica médica*, Barcelona, Masson.

Gunderson, J. G. y Gabbard, G. O. (2002), *Psicoterapia en los trastornos de personalidad*, Barcelona, Ars Médica, pág. 51.

Jeammet, P. (2002), *La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza a la identidad*, Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, n.º 33/34, págs. 59-91.

Landaburu, I y Pereira, R. (2004), *Entrevista con Boris Cyrulnik*, MOSAICO, Tercera Epoca, n.º 28, págs. 32-35.

Linares, J. L. (1996), *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*, Barcelona, Paidós, pág. 27.

Linehan, M. M. (2003), *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*, Barcelona, Paidós.

Manciaux, M. (2003), *La Resiliencia: resistir y rehacerse*, Barcelona, Gedisa, págs. 143-144.

Moore, B. E. y Fine, B. D. (1997), *Términos y conceptos psicoanalíticos*, Madrid, Biblioteca Nueva, pág. 404.

Plaza del Río, F. S. (1996), *La disciplina escolar o el arte de la convivencia*, Málaga, Ediciones Aljibe.

Sluzki, C. (1996), *La red social. Fronteras en la práctica sistémica*, Barcelona, Gedisa.

Swenson, C. (1989), *Kenberg and Linehan: two approaches to the borderline patient*, Journal of Personal Disord, 311, págs. 26-35.

Valdivia, C. (2003), *Los estilos educativos en la educación familiar*, Bilbao, Letras de Deusto, págs. 29-61.

Vygotski, L. S. (1978), *El desarrollo de los procesos mentales superiores*, Barcelona, Biblioteca de Bolsillo.

ADOLESCENTES EN EL LÍMITE Y VIOLENCIA FAMILIAR: ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA DELINCUENCIA*

Ricardo Fandiño Pascual y Raquel Gude Saíñas*****

RESUMEN

Durante los años 2007 y 2008 se desarrolló un trabajo de investigación acerca de la relación entre psicopatología de la adolescencia, delito, y medio familiar, tomando como muestra los usuarios del C.A.E. Montefiz, único Centro Terapéutico para menores de Reforma existente en Galicia. La gravedad de los cuadros psicopatológicos atendidos, la transversalidad de las problemáticas a todos los niveles socio-económicos, y la alta prevalencia de los conflictos familiares son algunas de las conclusiones derivadas de este estudio.

Palabras clave: Psicopatología, adolescencia, familia, delito, institución.

ABSTRACT

An investigation work regarding the relationship between psychopathology of adolescence, crime and familiar environment has been developed during 2007 and 2008. For this investigation, the inmates of C.A.E. Montefiz, the unique Therapeutic Juvenile

* Comunicación libre presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes" tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psicólogo. Email: rifanpa@institutowilhelmreich.com

*** Psicóloga. Email: raquelgude@gmail.com

Correctional Centre that there exist in Galicia, were taken as samples. The seriousness of the psychopathologic frames observed, the problems at every socio-economic level, and the length of the familiar conflicts are some of the conclusions derived from this investigation.

Keywords: psychopathology, adolescence, family, offence, institution.

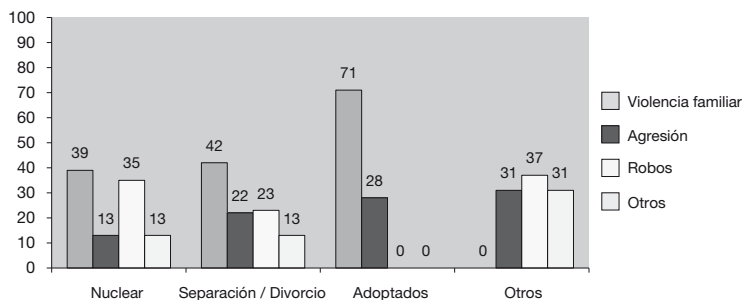
El trabajo de investigación fue realizado con el apoyo económico de la Beca Siota concedida por el Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia. Para su realización nos basamos en el trabajo que realiza todo el equipo del Centro de Atención Específica Montefiz, perteneciente a la red de Centros de la Dirección Xeral de Benestar Social de la Xunta de Galicia, y gestionado por la Fundación Internacional O'Belén. Contamos también, con el soporte teórico y clínico del Seminario de Formación del Instituto Wilhelm Reich – Galicia, con sede en Ourense.

INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> – Establecimiento del perfil de los menores usuarios de un Centro Terapéutico para Menores de Reforma. – Evolución de dicho perfil en el tiempo y previsiones de futuro. Relación entre cuadros psicopatológicos, tipologías delictivas y características familiares. – Establecer líneas de investigación que nos aproximen a la problemática de la adolescencia en la actualidad.
MUESTRA	<ul style="list-style-type: none"> – La Muestra 1 o Muestra histórica: Usuarios que tuvieron tratamiento terapéutico en el C.A.E. Montefiz, desde su apertura, en junio de 2001 hasta diciembre de 2008. Esta muestra cuenta con 109 sujetos. – La Muestra 2 o Muestra Reducida: Jóvenes ingresados desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008, con los que hemos podido utilizar un mismo protocolo de evaluación. Esta muestra es de 38 sujetos.

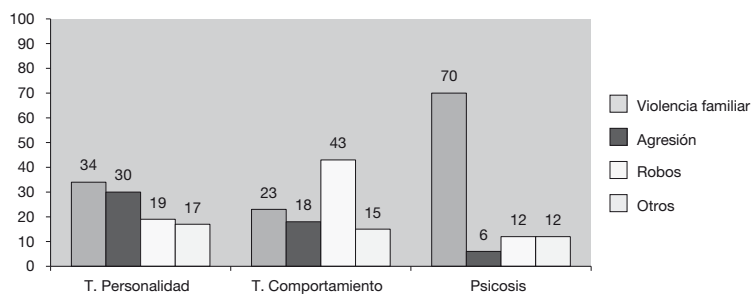
<p>VARIABLES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad (entre 14 y 18 o + años). - Género. - Perfil psicopatológico. <ul style="list-style-type: none"> o Funcionamiento cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> . Atención-Concentración, Memoria de trabajo, Funciones ejecutivas, Función visoespaciales, Coeficiente Intelectual. o Rasgos de personalidad <ul style="list-style-type: none"> . <u>Escalas clínicas</u>: depresión, histeria, paranoia, esquizofrenia . <u>Escalas de contenido</u>: ansiedad, depresión, baja autoestima, problemas familiares - Tipo de familia (ausente, monoparental, estructurada, reestructurada, adopción). - Nivel socioeconómico (alto, medio-alto, medio, medio-bajo, bajo). - Tipo de delito. 	
<p>INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN</p>	<p>Valoración Cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - WISC-R - WAIS III - Figura de Rey - Stroop - WSCT
	<p>Valoración Personalidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MMPI-A
	<p>Otros Instrumentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informes previos al ingreso en el Centro. - Entrevistas clínicas al menor. - Entrevista Familiar Diagnóstica. - Coordinación y Supervisión Equipo Clínico/Educadores. - Reuniones Clínicas
	<p>Nivel Socioeconómico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “Escala simplificada de Barratt (BSMSS)”

Familia



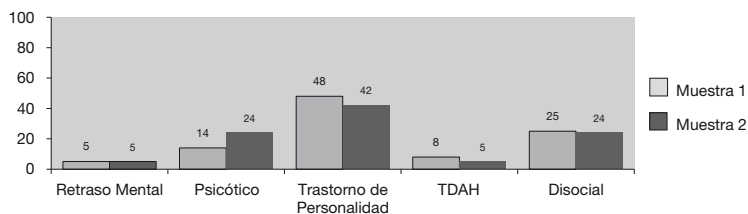
En la comparativa de la tipología de delito según el tipo de familia destacamos como dato más significativo, cómo en los casos de adopción ingresados en el centro es claramente la violencia familiar el delito que desencadena la medida judicial.

Delito/Diagnóstico



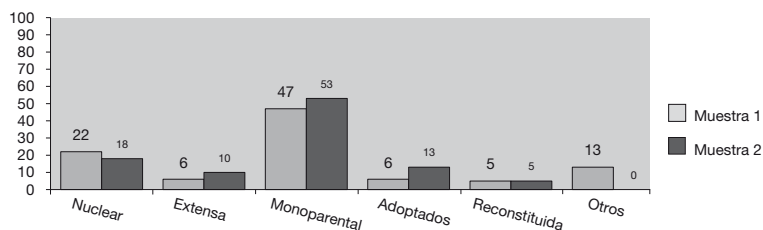
La comparativa de delito motivo de ingreso, con diagnóstico del menor, permite ver que las personas con trastornos de personalidad tienden a cometer más delitos relacionados con descontrol de impulsos (violencia familiar y agresiones), aquellos con trastorno del comportamiento cometen más delitos que tienen que ver con la disocialidad (robos), y los trastornos psicóticos se centran de forma significativa en la problemática intrafamiliar.

Diagnóstico



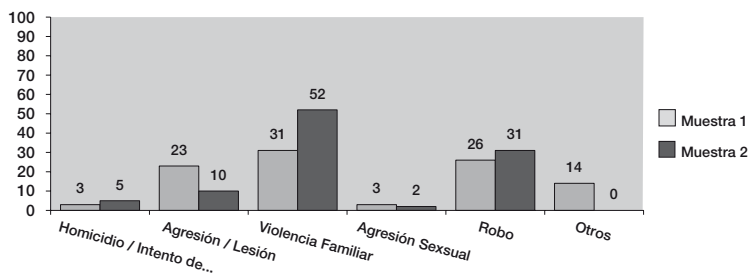
En la comparativa de los porcentajes de diagnóstico entre la muestra 1 y la muestra 2, observamos una evolución en el perfil de los usuarios del Centro Terapéutico, hacia una mayor presencia de la psicosis, en sus diversas formas, como diagnóstico principal. Es también patente que los trastornos de personalidad son la patología más presente tanto a nivel histórico como en la actualidad del centro.

Tipo de Familia



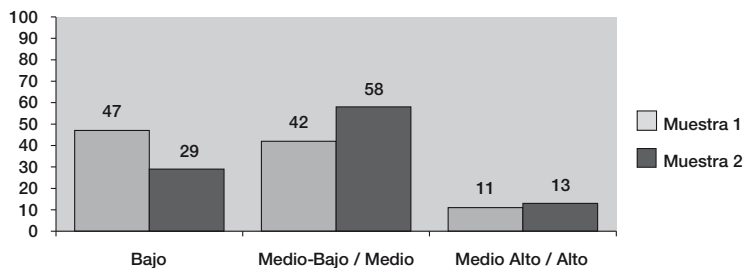
En cuanto al tipo de familia de los menores ingresados en el Centro Terapéutico, en la comparativa entre la muestra histórica (1), y aquella que da cuenta de los dos últimos años (2), se observa una evolución en la que se agudiza aún más la presencia de familias de tipo monoparental, fundamentalmente a causa de separación o divorcio. También destacan el significativo incremento de ingresos de jóvenes adoptados, y el descenso de los jóvenes tutelados, aunque este último dato puede explicarse a través de decisiones de tipo administrativo.

Tipo de delito



En cuanto al tipo de delito, motivo de ingreso en el Centro, destacaríamos la clara evolución hacia un significativo incremento de la violencia familiar que llega a ser el desencadenante de la mitad de los internamientos en Centro Terapéutico durante los últimos dos años.

Nivel Socio-económico



En cuanto al nivel socio-económico, en la comparativa entre la muestra histórica (1), y aquella que da cuenta de los dos últimos años (2), la evolución parece ser hacia un mayor porcentaje de internamientos de menores que provienen de familias de nivel socio-económico medio. La tendencia es a que las familias no provengan de un contexto marginal, sino a que se trate de familias socialmente bien adaptados pero internamiento disfuncionales.

DISCUSIÓN: “ADOLESCENTES EN EL LÍMITE: ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA DELINCUENCIA”

El adolescente con psicopatología se caracteriza, en un primer acercamiento, por una mayor prevalencia de problemática comportamental, respecto del “adolescente normal”. Sin embargo, de los datos derivados de nuestro estudio se puede concluir que la problemática de la psicopatología, en los adolescentes con los que trabajamos, está centrada en el desarrollo de la identidad. Estaríamos hablando más de una problematización del “ser” que de una problematización del “hacer”. Este cambio de perspectiva tendrá fuertes implicaciones a la hora de definir cual es el tratamiento y con que objetivo formulamos el mismo. Si centramos nuestra mirada únicamente en la problemática del comportamiento, se trataría entonces de un aprendizaje de las estrategias de control de las conductas adecuadas al contexto. Si tenemos una visión más amplia del problema, en la que el desarrollo de la personalidad está en juego, el tratamiento de menores con estas características deberá incluir el abordaje de la problemática evolutiva, afectiva, vincular además de comportamental del sujeto en cuestión.

A la hora de contextualizar nuestro trabajo partimos de la base de que la familia ejerce una influencia de primer orden a lo largo de todo el curso vital del individuo, por formar parte del microsistema en que éste está inmerso, si bien, la naturaleza de esa influencia varía en cada etapa evolutiva.

En las orientaciones psicodinámicas se define el complejo de Edipo como el conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto de sus padres, que es vivido en su período de acmé entre los tres y cinco años de edad. Según la teorización freudiana, el Edipo desempeña un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y en la orientación del deseo humano, y en su resolución positiva el niño no sólo comienza a hacer una diferenciación de los padres que le llevará finalmente a la autonomía, sino que también asume la ley de lo social en la que “no todo es posible”.

Ese momento del acmé edípico ha coincidido durante mucho tiempo con el paso del menor al sistema escolar, dejando de estar bajo la única protección y norma parental, para pasar a estar

también bajo la protección y norma social, con lo cual de algún modo el desarrollo del Edipo se veía favorecido contextualmente.

Estamos viviendo un cambio a nivel social y familiar, pasando de las familias tradicionales a las familias posibles. La magnitud de cambios sucedidos en el contexto familiar, genera nuevas dinámicas en la vida familiar, en los roles, en las expectativas, etc., y en la aparición de nuevos modelos y vínculos familiares. Acompañando a los cambios sociales que se vienen dando en la configuración y funcionalidad de las familias, las figuras parentales están más difusas; su presencia en la vida del niño es menor, y la crisis edípica se diluye, quedando pendiente para la adolescencia en la que, en lugar de darse una reactualización del conflicto edípico, se produce una auténtica explosión edípica que se sintomatiza en la sistemática y aguda problematización de la relación entre el joven y la norma, la familia, y la sociedad en general. En este contexto las familias pueden encontrarse con menos recursos para contener el conflicto adolescente. La indefinición de los roles parentales, favorecidos en ocasiones por la ausencia, dispersión, inconsistencia o confusión de las figuras que los desarrollan, pueden contribuir de forma significativa a que la transición entre la infancia y la vida adulta resulte un proceso marcado por la desorientación.

En relación a los jóvenes usuarios del centro, se evidencia disfunciones en el seno familiar, tanto en el tipo de relación entre los miembros como por la existencia de conflictos al interior del núcleo familiar. Un número importante de ellos carecieron, durante la mayor parte de su vida, de un entorno familiar generador de la seguridad y el afecto, necesario para que se de una evolución saludable. Dichas condiciones de crianza ejercen un efecto tan firme y duradero en los jóvenes, que su influencia persiste incluso más allá de los logros que cada uno de ellos puede alcanzar en su desarrollo vital.

Estaríamos hablando, como se ve en los datos recogidos, no de familias deprivadoras por marginales, sino de familias deprivadoras por disfuncionales.

La separación y/o divorcio, y las familias reconstituidas son una realidad social cuya frecuencia aumenta. Resulta difícil evaluar las consecuencias derivadas de un divorcio parental sobre

el equilibrio psicoafectivo del adolescente, debido a la multiplicidad de factores que intervienen en este proceso. Y además, no todas las separaciones, o reunificaciones, provocan las mismas dificultades; lo que sí está claro es que dicha fase de malestar psíquico hace más vulnerable el proceso de la adolescencia. Entre los factores a tener en cuenta, destacar la edad del adolescente, el estado de desarrollo que alcanzó, el género, la calidad de maternidad temprana y la capacidad de los padres para mantenerlo al margen del conflicto parental. Otros tres factores parecen ser de gran importancia: la calidad de la relación conyugal antes del divorcio, es decir, el grado de discordia y en que medida pudieron afectar al sistema de relación e interacción familiar, la personalidad de los padres; el momento en el que se produce el divorcio, durante la adolescencia o antes de llegar a ella.

En el Centro en el que hemos realizado nuestro estudio, más de la mitad de la muestra de adolescentes pertenece a un tipo de familia monoparental, donde la figura de referencia suele ser la madre, y en la que según la información recogida, consta una conflictiva familiar anterior en la relación conyugal que derivó en una separación o divorcio. Las figuras parentales se caracterizan por tener una personalidad frágil, donde, en muchos casos han desarrollado cuadros psicopatológicos. Además, los padres no mantuvieron suficientemente al margen al menor del conflicto parental. En los casos en los que la separación se produjo durante el proceso de la adolescencia, se vive como una situación traumática suplementaria que puede acelerar, bloquear o desviar la “operación psíquica de la adolescencia”.

Con frecuencia la crisis de las relaciones parentales antecede a la crisis del adolescente, que se ha sentido privado durante la fase de latencia, y que con la entrada en la pubertad desplegará su odio contra el mundo y/o contra si mismo. Y lo hará además en un contexto familiar que puede ser todavía frágil, con figuras parentales que, ante la explosión de la problemática del adolescente, se verán obligados a reeditar duelos y en los que la culpa puede resultar difícilmente soportable y masivamente proyectada.

En las familias reconstituidas, observamos que con frecuencia las nuevas parejas nunca llegan a ser admitidas como figura

parental, aún a pesar de que la convivencia con el niño o adolescente puede ser de más años que la del padre o madre biológico.

Otra característica observada en algunos casos de separaciones matrimoniales es que las relaciones entre los padres después de la separación siguen siendo conflictivas, por lo que el adolescente se enfrenta con una doble problemática: por un lado, el hecho de que falte una de las líneas parentales puede dificultarle el proceso de identificación; y por otro lado, una situación habitual en la muestra estudiada, es que después de la separación, el padre "real" desaparezca por completo y la información que el adolescente tiene de éste pase a ser denigratoria. El deseo identificatorio del adolescente puede llevarlo a reivindicar dicha figura a través de su propia representación. Con mayor frecuencia esta representación identificatoria será la del adolescente varón que asume la imagen del padre ante su propia madre. En esta lógica se está observando como en casos de separación por violencia doméstica puede llegar a darse, por parte de un hijo varón, la reproducción del rol de maltratador sobre la figura de la madre, como forma de ocupar en la adolescencia el lugar que el padre violento ya no ocupa.

En cuanto a la presencia de un significativo número de menores provenientes de familias adoptivas, señalar que en los casos observados, un lugar común es la no suficiente elaboración de la pérdida original del menor respecto a su familia biológica, y una mayor facilidad en la disolución de los vínculos paterno-filiales. Observamos con estupor como jóvenes que han sido separados de su familia de origen a temprana edad, incluso en casos de terribles malos tratos y abandono, intentan acudir en su búsqueda cuando, sucedida una abrupta crisis adolescente, su familia adoptante se ve sin los recursos suficientes para contenerlos emocional y comportamentalmente. Esta fantasía regresiva, cuando es actuada, puede llegar a tener consecuencias catastróficas para el adolescente.

Pero, además, debemos observar que cuando nos referimos a la familia, estamos hablando de un microsistema que pertenece a un macrosistema que es la sociedad, y que cada sociedad se caracteriza por un estilo cultural. Aunque la familia es un núcleo de origen de mitos e ideales que conforman a los indivi-

duos, también es el vehículo de estos mitos e ideales desde la sociedad y la cultura, hacia el sujeto. Así, W. Reich ya consideraba a la familia como correa de transmisión de los intereses del poder establecido, favorecedores del *status quo* vigente en cada momento. Por otro lado, la cultura constituirá, a su vez, a la familia con la fuerza de la imposición, olvidándose así del origen de esos mitos. La naturaleza de ese olvido se inscribe en el interior de nuestro psiquismo, cuyo proceso tiene su expresión en tres formas de funcionamiento: inconsciente, preconscious y consciente. Cuando nuestro psiquismo reprime deseos o ideas que devienen de traumas o peligros para la existencia (aunque solo sean imaginados), no desaparecen del psiquismo por obra de la represión, sino que permanecen en el inconsciente y pueden fluctuar en el preconscious, pudiendo volver a presentarse en la conciencia a través de distintas manifestaciones (síntomas de nuestra conducta que da lugar a la “patología”).

Así, para entender el creciente fenómeno de la violencia que algunos adolescentes ejercen sobre sus familias, iguales, diferentes o figuras de autoridad, debemos entender el sentido de la misma violencia en las actuales dinámicas familiares y sociales. Vivimos en una sociedad que se organiza a través de una estructura, donde se intentan sistematizar la domesticación, el sometimiento y la acumulación de recursos, siendo legítimo provocar sufrimiento para acaparar y mantener unas relaciones de superioridad y de dominio, a través de la creación de jerarquías, con el objeto de conseguir el poder y como mecanismo de supervivencia. La violencia, en diferentes formas, como forma de conseguir el éxito a través del sometimiento del otro, se permeabiliza en nuestra cultura a través de modelos sociales de éxito, difundidos de forma masiva a través de los medios de comunicación.

En la actualidad, el comportamiento violento al interior de la dinámica familia se está convirtiendo en un problema cada vez más serio. La violencia intrafamiliar tiene graves repercusiones en la salud mental del niño y el adolescente. Un alto porcentaje de los menores usuarios del centro han sufrido conflictos al interior de la familia, entre ellos, abuso físico, psicológico y sexual, de inicio en la primera infancia.

La conflictividad familiar a la que están expuestos la mayor parte de los usuarios del centro, tiene mucha influencia sobre el hecho de que los actos delictivos cometidos por los adolescentes, cada vez con mayor frecuencia, se encuadren al interior del núcleo familiar (comisión de un delito de violencia familiar) generado, desde un punto de vista clínico, por una tendencia al *acting out*, como mecanismo de defensa que tiene que ver con la patología del adolescente, y como el síntoma desencadenado de la propia dinámica patológica familiar. Desde el punto de vista de la familia, lo que desde una visión psicodinámica sería el síntoma, tiene para ellos la función de designar de forma patológica al adolescente y enquistar en él la locura de las transacciones familiares.

Por lo tanto, desde una visión clínica, consideramos que la problemática que se debería atender desde un Centro Terapéutico, no sería únicamente la psicopatología propia del joven, sino integrar a todas aquellas figuras que forman la dinámica familiar (figuras parentales, de apoyo...) dándole la importancia que le corresponde, a través de la implicación en la mejora de la psicopatología que presenta el joven. Es una cuestión de difícil abordaje si tenemos en cuenta que se trata de un centro de reforma donde los jóvenes son ingresados por la comisión de un delito.

Se puede observar en los adolescentes usuarios de un Centro Terapéutico de Menores de Reforma, una conjunción de síntomas en los que la conducta delictiva se combina con otros; abuso de sustancias, trastornos alimentarios, conductas autolíticas, inestabilidad emocional, delirios, etc, dependiendo de la configuración psicopatológica.

Observamos con atención cómo la conducta delictiva de los adolescentes con psicopatología, es, con frecuencia, un modo de tomar conciencia de la presencia de límites externos al propio sujeto, como forma de compensar un self borroso que ante la ausencia de dichos límites tiene una reacción agorafóbica que remite a la propia locura. El delito podría ser entendido entonces como un paso al acto en la resolución de la propia problemática utilizando al ambiente como regulador de la tensión interna.

Para el adolescente con una personalidad patológica el delito pone a prueba su omnipotencia. Así, es habitual detectar en ellos el sentimiento de que nunca van a ser descubiertos en su trans-

gresión. La irracionalidad con la que estos jóvenes defienden en ocasiones sus ideas, tiene una inmutabilidad que hace recordar un sistema delirante, aunque aparentemente no exista una distorsión de la realidad derivada de una psicosis. Se podría afirmar que existe un fracaso del pensamiento con el resultado de una tendencia a la expresión del conflicto a través de actuaciones comportamentales. El comportamiento sin ese efecto catalizador del pensamiento tenderá al extremo y a la violencia.

A través del acto delictivo, nuestro adolescente con personalidad patológica, pone de manifiesto la quiebra existente entre el mundo interno y el mundo externo, que da paso a una confusión que el adolescente espera que el mundo solucione por él. Estos adolescentes ponen en juego intereses yoicos en el comportamiento inadaptado, yendo más allá de la búsqueda de una satisfacción pulsional.

Los casos de delitos de violencia intra-familiar (menores que agreden a sus padres), tienen especiales dificultades ya que deberemos tener en cuenta que se trata de menores que mayoritariamente volverán al domicilio familiar cuando finalice la medida judicial, lugar donde se reeditará el escenario y personajes de la quiebra que derivó en su internamiento.

Cuando los jóvenes llegan a la mayoría de edad, la situación es también muy compleja. Se trata de jóvenes legalmente emancipados de sus familias pero emocionalmente muy dependientes. Las instituciones de protección de menores no tienen ya competencia sobre ellos, y las de salud mental intervienen, en el mejor de los casos, sobre la problemática psicopatológica, sin poder dar solución a cuestiones básicas como el sustento y la vivienda. Estos jóvenes quedan frecuentemente en manos de una familia desbordada por la problemática, obligados a una convivencia siempre en amenaza de ruptura. En ocasiones la familia se niega a hacerse cargo de estos adolescentes, mayores de edad, quedando éstos, a pesar de ser evidentemente inmaduros, al cargo de su propia vida, con apoyos de los servicios sociales que resultan insuficientes de forma manifiesta. Con frecuencia están abocados de forma temprana a la delincuencia, al vagabundeo y a la locura. Para ellos la verdadera condena comienza paradójicamente, cuando la medida judicial termina.

Existe en estas tipologías de menores una importante tendencia a la presencia de problemáticas relacionadas con los límites; su existencia, las consecuencias de la transgresión, las dificultades para su integración, la evolución de la heteronomía a la autonomía, etc. Esta problemática trae consigo en la práctica la necesidad de que la estructura del Centro Terapéutico para Menores de Reforma disponga de los medios necesarios no sólo para tolerar la externalización en la conducta del conflicto del menor, sino también para una resolución del mismo que tenga que ver con la asunción del límite.

Desde una perspectiva moderna de la función terapéutica institucional, el desarrollo del sujeto no se da únicamente de dentro hacia fuera, en un espacio intrasubjetivo, sino que “el otro”, y el espacio intersubjetivo que se desenvuelve entre ambos, resultan determinantes para que se abran posibilidades de una evolución personal en positivo. En ocasiones la proyección que los menores hacen de su problemática sobre el personal del centro es tan masiva que de no estar suficientemente preparados individual y grupalmente se verán colapsados en su capacidad de pensar y elaborar, tendiendo a actuar los mecanismos de defensa relacionados con la paranoia y el control. La evolución de los menores respecto su problemática psicopatológica y de delincuencia dependerá mayoritariamente de la relación establecida con los profesionales que con él trabajan. Los centros de estas características, que acogen en medidas de reforma, adolescentes con graves psicopatologías, necesitan de personal altamente cualificado y motivado, con un perfil del cuadro de personal, multidisciplinar, y con acceso a procesos formativos y terapéuticos continuos, individuales y de grupo, que favorezcan el desarrollo profesional y personal.

CONCLUSIONES

Entre las conclusiones derivadas de esta investigación quiséramos destacar las siguientes:

- 1) La importante gravedad de los cuadros psicopatológicos de los menores que son internados en el Centro Terapéutico para Menores de Reforma. Nos encontramos con crisis del

desarrollo de la identidad durante la infancia y la adolescencia que desembocan en la estructuración de personalidades de tipo patológico. La mayor parte de ellas son organizaciones límite pero también es destacable la cada vez mayor presencia de organizaciones psicóticas.

Dentro de los cuadros psicopatológicos también es destacable la importancia de los déficits a nivel cognitivo (coeficiente intelectual, memoria de trabajo, funciones ejecutivas, funciones visoespaciales y atención) de los menores ingresados en el Centro Terapéutico. Por su gravedad, las problemáticas psicopatológicas de los adolescentes usuarios del centro trascenderán más allá del tiempo de internamiento como medida judicial. Por esto es importante la coordinación con los profesionales que trabajaron previamente con los menores internados, y con los que trabajarán posteriormente al internamiento. Los canales de información en este sentido no están suficientemente formalizados, y quedan al buen entendimiento de los profesionales a nivel particular.

La problemática familiar está presente de forma significativa en los internamientos. Puede observarse en el alto porcentaje de menores provenientes de familias en las que existe una historia de disfuncionalidad, y también en la percepción que los menores tienen de su problemática familiar. No se trata, así y todo, de familias de un extracto social marginal, existiendo una tendencia a la transversalidad social de la problemática que deriva en internamientos de estas características.

Resulta muy significativo que el delito más habitual, motivo de internamiento en un Centro Terapéutico de Reforma, sea el de violencia familiar, siendo lo predominante en todas las patologías a excepción de los trastornos del comportamiento disocial que tienden a correlacionar con delitos relacionados con el robo, y correlacionando de forma especialmente alta en los casos de diagnósticos relacionados con la psicosis, o en los casos de menores que provienen de familias adoptivas.

El trabajo con la familia del menor internado es clave en la mayor parte de los casos para poder establecer un mejor pronóstico. Esta atención familiar es difícil desde una medida judicial de reforma, pero debería ser favorecida por las instituciones

públicas. En los casos de adolescentes que terminan su internamiento sin contar con un apoyo familiar suficiente, deben existir dispositivos en las redes de servicios sociales y salud mental que permitan la transición a una vida adulta, cuestión que en muchos casos será lenta y dificultosa.

BIBLIOGRAFÍA

Bergeret, J. (1980). Las a-estructuraciones. *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Ed. Gedisa

Blos, P. (2003): *La Transición Adolescente*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

DIATKINE, G. (1986): *Las transformaciones de la psicopatía*. Madrid Ed. Tecnipublicaciones, S.A.

FREUD, S. (1980): “La dinámica de la transferencia” (1912) e “Recuerdo, repetición y elaboración” (1914), *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII.

Kernberg, P. e outros. (2002): *Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes*. México: Ed. Manual Moderno.

Luzuriaga, I. (1998): *La inteligencia contra sí misma*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva and Madrid Psychoanalytical Association.

Merea, C. (2005): *Familia, psicoanálisis y sociedad*. Buenos Aires: Ed. Fondo de Cultura Económica, S.A.

Millon, T. (2000): *Más allá del DSM-IV: Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Ed. Masson.

Reich, W. (1973): “*Análisis del Carácter*”. Barcelona: Ed. Anagrama.

Reich, W. (1974): “*La lucha sexual de los jóvenes*”. México D.F.: Ed. Roca, S.A.

Rodrigáñez Bustos, C. (2007): *El asalto al Hades. La rebelión de Edipo*. Barcelona. Ed. Virus.

Utrilla, M. (1998): *¿Son posibles las terapias en las instituciones? Estudio situacional*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Winnicott, D.H. (2005): *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Ed.: Paidós.

LA EVOLUCIÓN DEL LUGAR DEL PADRE A TRAVÉS DE LA HISTORIA Y EN LA CONSULTA TERAPÉUTICA. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA PSÍQUICA DEL NIÑO ACTUAL*

Yolanda Carballeira Rifón**

RESUMEN

Este artículo trata de cómo ha ido evolucionando el concepto de padre a través de la historia, en el psicoanálisis y en la consulta terapéutica.

Abordo las diferencias entre el padre y la madre en las interacciones con el bebé, y propongo una visión del padre como proceso, un elemento de una dinámica psíquica a lo largo de diferentes etapas del desarrollo.

Por último, abordo el concepto de coparentalidad y los cambios en la estructuración psíquica del niño actual.

Palabras clave: espacio paternal, paternidad, representaciones culturales de la paternidad y de la infancia, coparentalidad, estructuración psíquica del niño.

ABSTRACT

This article deals with the idea of how the concept of father has been developed in the history, in both the psychoanalysis and the therapeutic consult.

* Comunicación libre presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes" tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra psicoterapeuta. Unidad de Agudos del Hospital de Calde (Lugo). Email: yolicarballeira@telefonica.net

I will study the differences between the father and the mother in the interactions with the baby, and I propose a vision of the father as a process, an element of a psychic dynamic on the different steps of the development. To end up, using the concept of coparentality and the changer in the psychic structure of the actual child.

Keywords: parental space, paternity, cultural representations of the paternity and of the childhood, coparentality, psychic structuring of the child.

EL PADRE A TRAVÉS DE LA HISTORIA

El concepto de padre a través de la historia ha ido evolucionando paralelamente al de familia.

Antes del padre existía el cabeza o jefe, fundador de una tribu o un clan. Después vendrá el hombre que pueda tener hijos con una mujer. Nace el concepto de padre y de aquí el de familia.

En Grecia y en Roma no era suficiente la paternidad biológica, el padre debía reconocer al hijo o hija y podía hacerlo con uno que no fuera biológico. El padre era un rey, un emperador, tenía un poder ilimitado, teniendo derecho de vida y muerte sobre su familia.

Durante el cristianismo, el lugar del padre continuo siendo hegemónico. Desde los orígenes del cristianismo, la familia fue considerada como una monarquía por derecho divino. El padre, el marido, es un amo que tiene como función explicar y hacer aceptar la obediencia absoluta al Padre universal.

Durante el primer milenio después de Cristo, la mujer representa las tentaciones de la carne y está considerada como un ser inferior, negándosele el derecho a pertenecer al grupo de los que piensan.

Hay que esperar hasta el siglo XI para que se condene el repudio y el concubinato y para que la mujer pueda acceder a tener un lugar en la familia.

En la Edad Media, la familia se diferencia según el nivel económico y social:

La familia urbana constituye un modelo de familia occidental, el hijo mayor hereda los bienes, otro hijo será sacerdote y a las hijas se les organiza el matrimonio.

En la familia aristocrática, el padre no se ocupa de los hijos, los confía a maestros, y sólo los conoce cuando los chicos han cumplido 15-16 años.

En la familia rural, la descendencia es abundante, el niño es un bien precioso que hay que proteger, pero cuando la descendencia es muy numerosa el infanticidio es frecuente, y la violencia paterna forma parte de la vida cotidiana (cf. la historia de "Garbancito").

En el discurso humanista la educación y la relación afectivas irán muy ligadas.

Rousseau introduce la idea de que el niño necesita su medio natural para desarrollarse. A través de la unión estrecha con la madre, el niño entrará en contacto con el padre.

Desde el Renacimiento a la edad moderna, el padre siguió teniendo autoridad total sobre la mujer y los hijos, y es a partir del siglo XIX que empieza a tener ciertas limitaciones.

Por un lado, se encuentra bajo presión de las reivindicaciones de las mujeres y los hijos y por otro, el Estado va a ejercer una mayor tutela, sobre todo en las familias más carenciadas, como forma de proteger a los hijos de la negligencia paterna. El hijo empieza a tener derecho y el padre, obligaciones hacia él.

Esto supone un debilitamiento del status de padre, pero es de destacar, que aunque el Estado empiece a limitar los poderes del padre, su figura en el imaginario social seguía permaneciendo como el "padre terrible", el padre burgués.

Un ejemplo paradigmático de esta situación es "*Carta al padre*" (Kafka, Franz, 1919), carta que nunca llegó a manos de su padre, donde se percibe la sumisión a la autoridad despótica de un padre arbitrario, sádico y la culpa y el odio que Kafka experimentó hacia él.

Sería el padre que en vez de representar la ley, según Lacan, es ley absoluta, lo cual impide la castración simbólica.

El discurso naciente del psicoanálisis corta con la representación médica del niño, de la madre y de la sexualidad. La

influencia de Freud sobre las concepciones de la infancia, permanece marginal. Para Freud, el concepto de paternidad está directamente vinculado al complejo de Edipo, donde encontramos en su obra, dos elaboraciones sucesivas, la primera, en las cartas de Fliess(1897) y en *“La interpretación de los sueños”* y la segunda en *“Psicología de las masas y análisis del yo”*, cap. VII *“La identificación”*, 1921; la cual reviste mayor interés puesto que manifiesta que durante el periodo preedípico, el niño se interesa especialmente en su padre, quiere parecerse a él; sería la identidad de género que está adquiriendo el niño varón.

Con lo cual, para Freud es importante la figura del padre como modelo a imitar por parte del niño, además de cumplir con el rol de “castrador”, figura de interdicción respecto a los deseos incestuosos respecto a la madre.

“Tótem y tabú” (1913) es otra de las obras de Freud donde menciona al padre de la horda primitiva y el banquete totémico sería una forma de asumir la identificación con el mismo por parte de los hijos.

En *“El yo y el ello”* (1923), el sujeto se constituye como tal, a través de las identificaciones parentales, y el superyó es el heredero del Edipo, es la internalización de esas figuras edípicas, sobre todo en relación con el progenitor del mismo sexo.

En *“El caso de Leonardo de Vinci”* (Freud, 1910) considera que la presencia del padre asegura una adecuada identificación sexual.

En *“El análisis de una fobia de un niño de 5 años, el pequeño Hans”* (Freud,1909), no se basaba sobre el niño en sí, sino que fue realizado a través de la colaboración con el padre del niño.

Son los sucesores de Freud, su hija Anna, Melanie Klein, Françoise Dolto, Jenny Aubry... quienes desarrollen la orientación psicoanalítica de la infancia.

Anna Freud seguía una técnica centrada sobre la pedagogía del yo, postulaba que el psiquismo infantil era demasiado frágil para analizarlo. Minimizaba la relación arcaica con la madre, y dando más importancia a la relación con el padre.

Es **Melanie Klein** quien inventa, en los años 20, una técnica específica de tratamiento psicoanalítico de niños, sin interesarse en ninguna perspectiva pedagógica parental. Una de las

dimensiones fundamentales de su orientación es la importancia que le da a la relación arcaica con la madre, minimizando el papel del padre, al que Freud concede más importancia. Utiliza como método el psicoanálisis del niño con una técnica inédita, el juego. De este modo, reconstruye el pasado del niño. Parte de la teoría freudiana de las pulsiones, que va a reelaborar completamente. Distingue una posición esquizoparanoide y una posición depresiva durante el primer año de vida del bebé, y que reaparecen todo a lo largo de la vida. Crea la noción de superyó precoz, resultado del clivaje entre el bueno y malo objeto, es un perseguidor externo responsable de todo lo que el niño vive de desagradable.

Para M. Klein existe un Edipo precoz, al final del primer año de vida, como consecuencia del deseo de incorporación del objeto libidinal y prohibición, en forma de angustia de devoración, que puede suponer un castigo.

En una ocasión, durante una reunión científica, le dirá su hija Melitta: “¿Dónde está el padre en tu obra?”, el sentido de este reproche se puede entender en todas sus dimensiones (biográfica, transferencial, teórica).

Es verdad que en los textos de M. Klein el padre está ausente, sólo presente a través de su penis, devorado y atacado. En general, es lo masculino que parece ausente.

Pero es importante recordar que el complejo de Klein es esencialmente preedípico y que padre toma su lugar y su importancia en fases edípicas y postedípicas, como Freud lo describió muy bien. Por esta razón, creo que las proposiciones Kleinianas deben ser integradas en una teoría más vasta, como segmento de una teoría y no como una teoría completa.

Winnicott será alumno de M. Klein. Su método es el psicoanálisis remodelado a través de la comunicación directa a través del juego, el dibujo (“squiggle”) o el lenguaje, o la comunicación indirecta hablando con la madre en presencia del niño. Crea conceptos como “preocupación maternal primaria”, el “holding”, el “espacio intermediario”, también la noción de “self”. En Winnicott no se distingue bien la figura del padre, la madre forma un “todo”, y sus conceptos se refieren exclusivamente a la madre y al niño. Sostenía: “No se puede afirmar que sea

bueno que el padre aparezca pronto en escena... Las madres pueden hacer entrar a su marido en escena, si lo desean... No es el papel de un hombre ocuparse de un bebé, los que se ocupan de bebés no son viriles, y están celosos de las madres...”.

Para **Lacan**, al igual que Serge Leclaire, Philippe Julien y Françoise Dolto, entre otros, la paternidad es considerada como función simbólica, minimizando, por lo tanto, la presencia real del padre. Su concepción está centrada en la función paterna en su carácter fundamentalmente simbólico, en el sentido de que es a través de ella que se accede a la ley de la cultura, que es la prohibición del incesto. Por lo cual no tiene importancia la figura que la encarna, e incluso puede ser ejercida por una institución, en relación a lo cual la madre queda ubicada como no siendo la ley, en el sentido de que hay algo que desea más allá del niño. O sea, que la función paterna tiene como cometido básico separar al niño de su madre, realizar la castración simbólica.

Cuando Lacan habla de padre y madre, se refiere a determinadas posiciones que puede ocupar un personaje, o mejor aún, las funciones que realiza.

Para los pediatras de la época, el bebé es un ser que tiene esencialmente necesidades fisiológicas. La irrupción de los problemas sociales desencadenados por la guerra y la masividad de patologías presentadas por bebés privados de los cuidados de los padres, hacen que se (re)descubra el mundo afectivo del niño.

Hay que destacar los trabajos del psicoanalista R. Spitz (1945) sobre el hospitalismo y de J. Bowlby, psiquiatra y psicoanalista interesado en la etología. Las carencias en el desarrollo del niño fueron primero identificadas como maternas. La carencia de cuidados paternos no se cuestionaba tanto, pues el modelo de familia occidental entonces operante era el de la “madre única”, y las observaciones estaban regidas por esta focalización (Le Camus, 1995).

Hospitalismo es un término creado por R. Spitz en 1945 para designar *“un estado de alteración profunda, física y psíquica, que se instala progresivamente en los bebés durante los 18 primeros meses de vida cuando hay una situación de abandono parental o una permanencia larga en un hospital”*.

En 1958 distingue el término de “*depresión anaclítica*”, consecutiva a una privación afectiva parcial de un bebé que había tenido una relación normal con su madre, y sería una depresión reversible (Laplanche, Pontalis, 1967), al contrario del “*síndrome de hospitalismo*”, que sería una carencia afectiva total (retraso del desarrollo corporal, mutismo que puede ir hasta el autismo y la psicosis). Ya en 1946, R. Spitz afirmaba que había una edad particularmente importante entre el 8.º y el 18.º mes de vida, en la que la relación de objeto con la madre le es indispensable, y la pérdida sería funesta.

Bowlby (1969), a través de la observación comparada de especies animales, llega a la siguiente conclusión: “La teoría de Spitz ha tenido ciertas consecuencias nefastas. Entre otras, considerar que la angustia del 8.º mes es el primer indicador de una relación objetal auténtica. Las observaciones confirman que los comportamientos de vínculo, y la discriminación de figuras familiares se producen en los bebés mucho antes de que lleguen al 8.º mes”. Además, para Bowlby la madre no es la única a ser considerada como objeto principal del vínculo con el bebé, “incluso si el comportamiento de vínculo está primero dirigido a la madre, en algunas especies puede estar dirigido hacia el padre también. En los humanos, puede estar dirigido hacia un pequeño número de personas”. Afirma que, a los 18 meses, el niño está vinculado al menos a otra figura que la madre, y la del padre sería la primera a tener en cuenta.

Jenny Aubry (1903-1978), psicoanalista, a la vez en la línea de Ana Freud y amiga e inspiradora de Françoise Dolto, realiza en los años 50, en un centro infantil de ayuda social, con niños entre 1-3 años, un tratamiento psicológico apropiado que tendrá resultados espectaculares. Ella y su equipo hacen tentativas de humanizar los cuidados, además de organizar una guardería terapéutica y una psicoterapia individual para niños tan gravemente afectados por el hospitalismo, que no podían ser dirigidos hacia una familia de acogida.

Un efecto ambiguo en los trabajos sobre las carencias maternas es la marginalización del lugar del padre. Y es esta marginalización teórica (que refleja una situación social) la que constituye uno de los elementos centrales de las resistencias

actuales a una teorización de la igualdad parental en la educación de los niños.

R. G. Andry señala en 1960 la marginalización del lugar del padre en la educación del niño, realizando varios trabajos sobre la importancia de la carencia paterna en las situaciones de delincuencia. Para Andry, más que la ausencia de padre o madre, es “la existencia de una relación perturbada entre padre e hijo”, la que se podría poner en relación con un eventual comportamiento delincuente del niño.

Pero todo esto cobra poca importancia en los años 60 y 70 en los que continua la marginalización teórica de la plaza del padre ligada a la preponderancia acordada a la madre en la educación, también son años de crítica virulenta hacia la posición patriarcal del hombre en la familia.

El crecimiento económico se acompaña de movimientos culturales y políticos que van, de una manera o de otra, a criticar un modelo de sociedad profundamente burguesa en su estructura socio-económica y en la organización “patriarcal” que le corresponde.

Diferentes trabajos filosóficos, históricos, sociológicos, etnográficos, feministas dejan entrever una nueva relación parental, donde el padre comienza a encontrar un nuevo lugar.

Es una época en que muchas certezas se cuestionan, y se buscan nuevos lugares para el niño, para la madre, y, sobre todo, para el padre.

A destacar **Françoise Dolto**, lacaniana, y bastante independiente en sus puntos de vista, de sus predecesores (M. Klein, A. Freud, D. Winnicott), concibe una orientación de la infancia que se podría definir según los paradigmas indicados por los títulos de ciertas de sus obras: “*Au jeu du désir*”, “*Tout est langage*” et “*La cause des enfants*” (1981, 1987, 1985).

Su orientación está basada fundamentalmente sobre el lenguaje, lo que implica “*parler vrai*”, como actitud hacia el niño. La originalidad de Dolto es el establecer con el niño un diálogo particular, y mostrar que este diálogo puede ser establecido por todos, tanto por el padre como por la madre, sin establecer diferencias en este diálogo. No supone que el niño vaya a comprender todas las palabras de forma innata, pero que reconoce una

comunicación a través del lenguaje, reconociendo los afectos subyacentes, y los hechos de su historia. Dolto afirmaba: “Que los padres sepan que no es por el contacto físico, sino por la palabra, que pueden ser amados y respetados por sus niños”.

Después de los años 70, en los que las mujeres ganaron en autonomía, comienzan a precisarse las inquietudes sociales en relación a la paternidad.

Con la llegada de los años 80, el modelo patriarcal de familia parece estar superado, la mujer tiene responsabilidades profesionales, lo que implica la separación cada vez más precoz del niño con su madre. Al mismo tiempo el niño es el centro de la vida familiar y de las preocupaciones públicas, encontrándose la conciencia de la infancia “exacerbada”.

Bernard This, psicoanalista lacaniano, compañero de F. Dolto, en *“Le père, acte de naissance”*, insiste sobre el hecho de que el bebé existe ya antes del nacimiento, y que el padre presenta frecuentemente manifestaciones psicológicas durante el embarazo de la madre. Esto recuerda la “couvade”, conocida de ciertos etnólogos, por la que los padres participan simbólicamente al embarazo y al parto. Esta participación inconsciente del padre a la gestación, reactiva de alguna manera los fantasmas infantiles de embarazo, aunque algunos autores se resisten a reconocer esto. “El nacimiento del bebé le hace vivir al padre emociones arcaicas que no pueden más que somatizarse” (This, 1980). This insiste sobre la importancia de la voz como primer objeto de nuestras pulsiones, cuestionando la teoría de Freud y sus sucesores que decían que es el pecho materno el primer objeto capaz de satisfacer las necesidades.

Diversos trabajos han mostrado que, en el útero, el bebé escucha primero las voces graves, es decir el padre antes que la madre (J. Feijoo y M. C. Busnel).

Para This, la paternidad está esencialmente relacionada con el hecho de hablar, “... es la palabra quien nos constituye como padre, hijo o hija. Es la palabra quien nos hace nacer. Existimos como sujetos en tanto que estamos representados por un significante...”.

Según **Eugénie Lemoine**, si el marido ha acompañado demasiado a su mujer durante el embarazo, pueda tomar un

papel femenino. B. This se opondrá a esta posición, así como otros psicoanalistas, p. ej. Olivier (1994) afirmará:

“¿Cómo poder decir o escribir que un padre no podrá ser querido a través del contacto físico, si ésta es la única manera de entrar en la burbuja del bebé, que durante los primeros meses sólo se puede guiar por el olor del cuerpo del otro, por el *holding* (la manera de coger al bebé) del otro, la canción que hace la voz del otro...?”

Geneviève Delaisi de Parseval, psicoanalista y etnóloga, en su libro “*La part du père*”, enuncia que “en relación a la procreación, el hombre y la mujer, el padre y la madre, tienen un funcionamiento psíquico parecido. Son seres humanos antes de ser seres sexuados. Hombres y mujeres tienen en común la misma bisexualidad de origen (primero embriológica y después psíquica), y su dependencia hacia la madre” (1981). En términos psicoanalíticos, pone el acento sobre elementos pregenitales.

La autora realiza comparaciones etnológicas, y encuentra que “las diferencias y ventajas de un sexo en relación al otro divergen según las sociedades, son construcciones, fruto de factores ideológicos y culturales... parece que las sociedades judeo-cristianas han puesto mucho énfasis sobre el vector *úterus*, confundiendo maternidad, embarazo y parto. Paralelamente, han identificado paternidad con el esperma fecundante”.

Las teorías de la carencia de cuidados maternos vinieron a formalizar sobre el plan conceptual esta determinación histórica inscrita en nuestra cultura. De esta manera, el padre se encontró amputado de una parte de su paternidad, la más afectiva, la más arcaica, no pudiéndose permitir los fantasmas ligados a su estado, durante el embarazo de su mujer.

Pero la madre también se encuentra “atrapada” en una experiencia de embarazo presentada como maravillosa, gloriosa, en un parto que tiene que pasar como si se tratase de un examen, y en un postparto que se supone que tiene que ser ideal, en una fusión simbiótica con el bebé. Muchas madres no se reconocen en esta descripción idílica, y muchos padres se quejan de sentirse excluidos de esta relación privilegiada madre-bebé.

La autora, como psicoanalista y etnóloga, pone en evidencia la importancia de los dos fluidos, leche y esperma, que son

para muchas sociedades, sustancias equivalentes en el hecho de ser padre o madre.

Actualmente, en los nuevos modelos de familia, influenciados por las transformaciones sociales, la procreación es fruto de la reflexión, e implica una relación más afectiva, menos autoritaria del padre con sus hijos. No obstante, la diversidad de situaciones parentales es grande, y no siempre son aceptadas todas (PMA, familias mono parentales, parejas homosexuales, etc.). En este trabajo no voy a desarrollar estas situaciones.

REPRESENTACIONES CULTURALES DE LA PATERNIDAD Y DE LA INFANCIA

Las podríamos definir como “una forma de conocimiento socialmente compartido, que tiene un sentido práctico y que converge en la construcción de una realidad común a un conjunto social”, siendo además, “un sistema de interpretación que rige nuestra relación con el mundo y los otros, orientan y organizan las conductas y las comunicaciones sociales” (Jodelet, D.).

Estas representaciones culturales forman parte de nosotros y parece ser una pauta que se transmite consciente e inconscientemente sobre un modelo esperado de conducta parental. Operando desde el imaginario social, hace cuerpo en el espacio psíquico familiar e individual, generando actitudes específicas sobre el “ser padres”.

Se puede tomar como un aspecto de la integración del sujeto a su entorno cultural.

Podemos encontrar una serie de **representaciones culturales de la paternidad** donde se esperaría de un padre:

- **Que se aleje lo más posible de la imagen de un padre autoritario.**
- **Que no tenga una actitud directriz, ni directamente dominante** (siendo el niño el que muchas veces “dirija” el desarrollo).
- **Que a veces anteponga los “derechos” del niño a sus propios deseos** (para evitarle sufrimientos o traumas en su desarrollo).

- **Que sea “amigo” de su hijo, borrando las diferencias generacionales.**
- **Que delegue precozmente en otros técnicos parte de la educación del niño** (y no en las experiencias de sus mayores, abuelos, ni de sí mismos como padres).

En este último aspecto, el sociólogo C. Filgueira (1996) plantea que la “pérdida de funciones de la familia es uno de los rasgos más notables de las tendencias sociales de nuestro tiempo. Históricamente muchas de las funciones tradicionales que en el pasado se asociaban a la unidad familiar han sido transferidas total o parcialmente a otras instituciones especializadas de la sociedad, por ej. ha habido una transferencia de buena parte de las funciones de socialización y educación hacia otras instituciones específicas”.

En relación al niño actual, nos inclinaríamos a pensarlo como:

- **activo,**
- **espontáneo,**
- **explorador,**
- **persistente,**
- **autónomo,**
- **precoz (motriz e intelectualmente),**
- **en casi permanente interacción.**

Por supuesto que no es la única imagen de niño en nuestra cultura, y también existen otras formas de ubicar el niño de otros grupos sociales.

Lo que sí podemos afirmar es que ha habido un cambio importante en el status del niño en nuestra cultura. El historiador **L. de Mause** (1982) plantea un cambio importante en la segunda mitad del siglo XX, “el niño sabe mejor que los padres lo que necesita en cada etapa de la vida e implica la plena participación de ambos padres en el desarrollo de la vida del niño, esforzándose por empatizar con él y satisfacer sus necesidades peculiares y crecientes”.

A diferencia de otras épocas, no se tendería a darles golpes ni a reprimirlos. Se buscaría responder continuamente a sus necesidades, jugar con él, tolerar sus regresiones, estar a su

servicio y proporcionar los objetos adecuados a sus intereses y evolución.

El autor plantea como resultado de esa “educación ideal”, “un niño amable, sincero, que nunca está deprimido, que nunca tiene un comportamiento imitativo, de voluntad firme, y en absoluto intimidado por la autoridad”. Este hijo “ideal” estaría en relación con un cambio radical de la función paterna.

¿EL PADRE Y LA MADRE SON IGUALES?

¿A qué momento el padre puede ejercer una influencia sensible sobre el comportamiento del niño? A esta pregunta, obstetras, pediatras y psicogenetistas afirman que, tanto el padre como la madre, influyen en el niño desde el comienzo de su existencia. El estudio de las interacciones precoces nos muestra que el bebé percibe diferencias entre el comportamiento del padre y de la madre, aunque esto sólo lo sitúa probablemente desde el punto de vista identitario, no percibiendo todavía al padre en tanto que padre.

Algunos autores plantean que ya desde el embarazo y por la presencia de las ecografías se daría en el padre una reorganización de la imagen de sí mismo y de sus identificaciones intergeneracionales (Cupa y col., 2000). El mismo autor sostiene en 1999 que en relación a las crisis de llanto, los padres se sienten incompetentes, tienen sentimientos de impotencia y a veces de rivalidad con la madre del bebé.

Durante los seis primeros meses, el bebé da pruebas de reconocer a su padre y a su madre, y a comunicar de forma diferente con cada uno de ellos. Es el padre el que tiene que aceptar activamente de tomar ese lugar afectivo al lado de la madre, pudiendo representar una figura de tercero presimbólico. Recientemente, E. Fivaz (Lausanne) muestra cómo los bebés de algunos meses pueden ya funcionar de modo triádico, estableciendo momentos de interacción a dos y a tres en alternancia.

Algunas investigaciones muestran cómo los padres tienen una interacción más excitante e intensa que las madres, se enganchan a juegos más físicos (Frascarolo, F. 1997). Referente

al lenguaje, los padres utilizan más palabras técnicas que las madres (Ratner, 1988). Los padres tienden a hablarles menos y a tener una interacción más física (F. Labrell, 1997).

En cuanto al apego, durante el último trimestre del primer año, el niño es capaz de expresar una preferencia por la figura de apego principal. Desde los trabajos de Main (1981) y Grossmann (1981), se sabe que el tipo de apego (seguro, evitante o ambivalente) puede ser diferente según que el niño esté en presencia de su padre o de su madre. Al parecer los padres tienen más propensión que las madres a abrir el universo del niño hacia las relaciones interpersonales y hacia la cultura. Se muestra más diferenciador que la madre, sobre todo si se trata de un varón.

¿Pero es el mismo el cuidado que pueda hacer un padre o una madre del niño a diferentes edades?, ¿al sostener de forma extrema la pluralización de funciones, no caemos en el riesgo de desmentir la diferencia?; esta indiferenciación podría tener repercusiones sobre las diferencias de generaciones, lo cual podría reflejarse en la estructuración psíquica del niño.

D. Gil (2002) plantea lo siguiente: “El padre puede hacer lo mismo que la madre pero lo hace de forma diferente. Estas diferencias no son expresión de una diferencia de esencia entre el hombre y la mujer sino que son diferencias culturales”.

UNA VISIÓN DEL PADRE COMO PROCESO

Creo que el padre no es sólo una representación mental estática, sino el elemento de una dinámica psíquica a lo largo de diferentes etapas del desarrollo.

En periodo preedípico, el padre no tiene una función separadora. Todo parece indicar que ejerce una función de unión y de contextualización en relación a la díada madre-bebé.

Estoy de acuerdo con F. Hurstel (2001) que señala que, desde el nacimiento, el padre mediatiza la relación de intimidad madre-bebé, ésta es una función de “holding”, de “envoltura” de la relación de intimidad, que ayudaría a organizar la diferencia de los lugares dentro de la parentalidad.

A mi parecer, la perspectiva lacaniana no es procesual; decir que el padre “castra” la madre, no significa que sólo asuma esta

función, al mismo tiempo son posibles funciones de unión. En realidad, todo depende sin duda del nivel que se esté observando.

Efectivamente, el padre preedípico tiene un papel de apoyo, de continente de la díada madre-bebé, incluso yo diría de defensa contra la posición depresiva, mientras que el padre edípico tiene un papel diferenciador, separador.

La construcción del espacio paternal parece indisociable del acceso a la diferencia generacional, bien que inicialmente el padre puede ser percibido por el niño como otro bebé de la madre (fantasma del “nido de bebés” evocado por F. Tustin). La idea fundamental de todo esto es que el espacio paternal no es una construcción maternal propuesta, sino una coconstrucción de la díada madre-bebé, que se va construyendo progresivamente, con oscilaciones y alternancias entre los aspectos de tercero reparador y separador.

HACIA UNA COPARENTALIDAD, CAMBIOS EN LA ESTRUCTURACIÓN PSÍQUICA DEL NIÑO ACTUAL

La coparentalidad la podríamos entender como una forma de llevar adelante la tarea de ser padres de una forma compartida, sin delegar aspectos prácticos de la crianza en la madre únicamente, como se daba en otra época (P. Malrieu, 2001).

Esto configura un cambio importante en el plano de las mentalidades y las costumbres culturales, lo que implica una modificación significativa de papeles.

Pero también hay situaciones que hacen pensar en que esta coparentalidad es llevada al extremo, y la pluralización de la función paterna parece deslizarse hacia una indiferenciación de papeles (algunos padres dicen: “nos embarazamos”, “lo parimos”, “lo amamantamos”, “nos despertamos con él”, “elegimos todo juntos”). En estos casos extremos dejaría de haber un plano simbólico de coparticipación, para pasar concretamente a una “estructura única de tres”, se pasaría al niño rey (Lebovici S., 2001). De esta manera el padre se acercaría de una forma particular a su hijo, deseando y esperando que su hijo cumpla una serie de anhelos que le son propios.

De esto viene probablemente la idea muy actual de que “hay que estimular muy tempranamente al niño para que desarrolle desde el principio sus potencialidades”. De esta manera lo que cuenta es el futuro del niño, el fantasma fálico subyacente es que “ese hijo alcanzaría un desarrollo pleno de sus potencialidades”, quedando el pasado relegado a un segundo plano, casi desalojado. La infancia sería “una edad de espera”, y los niños “los hombres del futuro”.

Varios autores señalan una modificación de lo público y privado en la familia.

El historiador G. Caetano (1997) señala que “también la familia pierde crecientemente las funciones de cría y de la educación de los hijos...ámbitos considerados como íntimos de la esfera privada”. Esta “subjetividad externalizada” cobra vigencia en el niño a través de la importancia de que se “exprese”, sea “espontáneo”, y no de muestras de pasividad o de inhibición.

Todo esto tiene efectos sobre la transmisión de la cadena generacional. En ese “apuro por crecer” y en esa búsqueda de “saberes y completudes”, no tiene un lugar la generación de los abuelos. En muchas situaciones, se iría estableciendo un “borramiento de las diferencias de generaciones”, en esa estructura de tres, en ese “olvido” del pasado.

En el niño, generalmente muy estimulado cognitivamente, comienza a darse un apego especial con los padres, a veces tiránico, emergiendo ciertas dificultades que preocupan mucho a los padres actuales: los límites y la inquietud.

Inquietud que podría ser el resultado de una dificultad por parte de los padres a contener las pulsiones de los niños, quedando el niño “abandonado” a sus impulsos, con la consiguiente hiperexcitación que puede llevar en muchos casos a diagnosticar erróneamente de “síndrome de hiperactividad y déficit de atención”.

Son niños que al no haber integrado la diferencia de generaciones, entre otras cosas, tiene dificultades en la tolerancia a la frustración, y a la exclusión. No han adquirido “la capacidad de estar solos” (Winnicott), los padres dicen que no saben jugar solos, salvo a juegos de videos games. En estos niños la capacidad de simbolización se ve muy comprometida.

UN CASO CLINICO: CRISIS FAMILIAR EN URGENCIAS

En una de mis guardias recibí la llamada telefónica de la pediatra, también de guardia, que parecía desbordada ante una situación familiar “delicada”: “No sé lo que hacer, es una situación delicada, necesito la opinión de un psiquiatra infantil”.

Se trata de una madre que ha acudido con su hijo de 10 años a las urgencias de pediatría, el padre se halla detenido en comisaría.

Miguel es un niño pequeño para su edad pero con aspecto adultomorfo y con un lenguaje muy elaborado para la edad que tiene; todo esto contrasta con una actitud cariñosa, infantil y muy cercana hacia su madre, que mantendrá a lo largo de la entrevista.

La madre me relata lo ocurrido: Esa misma tarde se encontraban en casa, Miguel jugando con la Nintendo. Como ya llevaba toda la tarde jugando, los padres le dijeron que tenía que dejar de jugar y hacer los deberes.

Miguel se negó, comenzó a discutir con sus padres; la madre dice que su hijo comenzó a agitarse y que el padre intentó sujetarlo, provocando esto unas magulladuras en la cara del niño, que cogió un teléfono portátil y se encerró en el cuarto de baño, desde allí llamó al 061, que acudió inmediatamente con la policía y se encontraron con esta escena. El niño dice a la policía que el padre le ha agredido. La policía detiene al padre que es llevado a comisaría, y la madre acude con Miguel al servicio de urgencias.

Miguel parece asustado, me mira con desconfianza. “Yo no llamé para denunciar, llamé porque no sabía qué hacer para tranquilizarme...”.

La madre me dice que Miguel es hijo único, tuvo un desarrollo psicomotor muy rápido, fue un niño muy precoz, comenzó a tener rituales de limpieza desde muy pequeño, que continua manteniendo. No ha tenido problemas escolares y tampoco parece tener problemas relacionales con los niños de su edad.

La madre menciona que su hermana padece una esquizofrenia y que por ello, Miguel nunca ha querido tomar psicofármacos: "...Yo no estoy loco, no voy a tomar medicamentos como la tía...".

La madre no lo expresa claramente, pero parece temerosa de cómo pueda evolucionar su hijo, detrás está la fantasía de que puede evolucionar como su tía, proyectando probablemente en su hijo aspectos de la relación con su hermana. De hecho, me dice que siempre han sido muy tolerantes con él: "... Siempre le hemos tratado como a un adulto, le explicamos todo... hoy le dijimos que no podía continuar jugando, ya llevaba toda la tarde..., le explicamos que debía de dejar de jugar para hacer los deberes".

Pregunto por el padre, ahora en comisaría. La madre lo describe como un doble de ella misma, el papel materno y paterno parecen muy indiferenciados: "...Formamos un equipo, nos ayudamos en todo...".

Dice que no pueden poner límites a su hijo, que todo lo cuestiona, parecen formar una "estructura única de tres", donde el papel de padre, madre está borrado, sin capacidad para contener, sin capacidad para separar, Miguel me repite varias veces, "llamé al 061 a ver si me tranquilizaban, a ver si nos ayudaban...".

La pediatra parecía preocupada por las repercusiones a nivel legal. "Esto va a llegar al juez y yo creo que estos padres no maltratan a su hijo... necesitan ayuda". Se siente culpabilizada, se identifica a Miguel, que me dice una vez más: "...Yo no quería denunciar...". Sí, quería que le ayudasen para que le fijasen límites y no quedarse detenido en el tiempo, poder crecer, evolucionar, y salir de esa "estructura única de tres", intemporal, que no deja espacio para la fantasía.

Derivé desde urgencias a esta familia a un servicio de Psiquiatría Infantil. A mi parecer éste es uno como otros muchos casos que se están viendo en los servicios de Psiquiatría Infantil y en las urgencias y que muestran cómo han evolucionado las relaciones familiares y que se están produciendo cambios en la estructura psíquica del niño actual.

BIBLIOGRAFÍA

- “Análisis de una fobia de un niño de cinco años “, 1909, Obras completas de S. Freud.
- “El caso de Leonardo da Vinci”, 1920, Obras completas de S. Freud.
- “El yo y el ello”, 1923, Obras completas de S. Freud.
- “La identificación”, 1921, Obras completas de Freud.
- “Tótem y tabú”, 1913, Obras completas de Freud.
- “L’être- bébé “, B. Golse, PUF, pag 149-170.
- “l’Enfant, la mère et la question du père”, G. Neyrand, PUF, 2000.
- “Cambios en la paternidad: Reflexiones sobre algunos efectos en el psiquismo del niño de hoy”, V. Guerra, 2003. Trabajo presentado en las Jornadas “La paternidad hoy”, organizadas por AUDEPP.
- “Introducción a la obra de Mélanie Klein”, H. Segal, PUF, 2003.
- «La problématique paternelle», Chantal Zaouche-Gaudron, ERES, 2001.

INSTITUCIONES Y CRIANZA*

Bárbara Avellanosa Peña**

En ocasiones se pide a las instituciones que adopten el papel de “criadores”, es decir que tengan la función de criar a niños, niñas y adolescentes, que por diversas razones no pueden ser criados de otra manera. Suelen ser casos complicados. Buscando en internet una definición general de crianza, aparece como “crianza con apego” aquella en la que lo más importante es el apego continuo del niño con su cuidador principal. También añaden que la crianza con apego, puede ser muy agotadora y exigente para los padres. Sin la ayuda de amigos o de la familia, el trabajo de la crianza puede ser difícil. Cuando a la Institución se le encarga esta labor de crianza, porque no se ha podido sostener la crianza de otra manera, nos encontramos con las mismas dificultades. Habría que tratar de conseguir la continuidad de esa intervención a lo largo del tiempo y por el mismo grupo de profesionales, pero esto puede ser muy “duro”, por lo que dichos profesionales necesitan el apoyo y el respiro necesario para sostener dicha situación.

* Comunicación libre presentada en el XXII Congreso Nacional de SEYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Maestra Educación Infantil. Psicopedagoga. E-mail: bavellanosap@hotmail.com

Esta viñeta clínica trata de mostrar cómo la dificultad y patología de un caso es fácilmente reproducible en la propia institución:

TRABAJO INTERINSTITUCIONAL PARA EL ABORDAJE DEL CASO DE UNA ADOLESCENTE. EL TRABAJO DESDE UN PROGRAMA DE APOYO TÉCNICO A CENTROS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL.

Desde el piso de acogida me citan para una reunión de coordinación entre varios de los profesionales que trabajamos en el caso de Sara. Estaremos presentes: la psicóloga de Sara, la psicóloga de los padres, la psiquiatra, el director del piso y yo, técnica del Servicio de Apoyo al acogimiento residencial de la Diputación. La reunión se plantea fuera de nuestro horario laboral, en el gabinete de las psicólogas implicadas en el caso. Acudimos todas las convocadas por la preocupación y urgencia que despierta en tod@s el caso.

Desde el piso plantean la situación incontrolable que está presentando Sara y la necesidad de otro tipo de recurso de carácter terapéutico para jóvenes con trastorno psiquiátrico. La psicóloga de los padres ve esta misma necesidad y refleja que también es la demanda de los padres. Yo planteo la preocupación que me despierta un traslado en este momento por la nueva ruptura que supondrá para la adolescente el cambio de recurso y que no tenemos la seguridad de que ese traslado disminuya los “actings” que está protagonizando Sara con sus fugas. Me veo en la necesidad de corregir al director del centro sobre el número de fugas, ya que, que una joven llegue al piso más tarde de la hora acordada (23:00 ó 03:00) no se puede considerar fuga, o el hecho de que un joven en un momento de enfado dé un puñetazo a la pared y se haga daño en la mano, no lo podemos definir como autolesiones. La psiquiatra, ante lo que exponen desde el centro, se muestra sorprendida de no haber sido avisada con anterioridad y ve que un aumento de la medicación (actualmente casi insignificante) quizá la ayude a controlarse, pero tampoco cree que el traslado de centro suponga una disminución de las conductas de fuga, de relaciones promiscuas y enfrentamientos

agresivos. La psicóloga de Sara, que se ha ausentado durante un rato de la reunión, vuelve para dar su opinión sobre dicho traslado y la preocupación por la ruptura de vínculos que supondrá para ésta. El director del piso recoge las opiniones para elaborar el informe de traslado que enviará a la Diputación para que se decida qué ocurrirá con Sara.

¿POR QUÉ LLEGAMOS A ESTE PUNTO?

Retrocedamos unos meses para entender la situación de Sara y los acontecimientos que se precipitaron después de esta reunión y veamos cómo la complejidad de ciertos casos y la propia gravedad psicológica de los mismos repercute en actuaciones institucionales que reproducen los mecanismos de defensa que tienen los “pacientes” y pueden llegar a “enloquecer” y a “actuar” sin permitirnos lugares de reflexión que realmente faciliten una evolución positiva o al menos no tan complicada. Me designan un centro de recién apertura del que voy a ser SAT (servicio de apoyo técnico). Mi trabajo consistirá en hacer el seguimiento de los niños y niñas de acogida que sean ingresados en el mismo mediante reuniones mensuales con el equipo educativo, y en valorar las propuestas que éstos hagan con respecto a cualquier cambio de orientación (terapias, visitas de familiares, centro residencial, etc.) que planteen para los niños y niñas.

A finales de noviembre me llega el expediente de la primera niña que va a ingresar en el piso. Se trata de Sara, una adolescente de 14 años cuyos padres han solicitado la guarda a la Diputación y Sara ha firmado su conformidad.

¿QUÉ ENCUENTRO EN EL EXPEDIENTE?

Sara es una niña colombiana que es adoptada por sus actuales padres a la edad de 6 años junto con su hermano dos años mayor, pero con el que no mantuvo relación antes de la adopción por residir en Colombia en dos hogares de acogida distintos. De esos siete primeros años no hay casi ningún dato en el expediente aunque recientemente se ha podido saber que la madre biológica de Sara ejercía la prostitución y la niña habría

podido presenciar relaciones sexuales en su infancia e incluso haber sufrido algún tipo de abuso sexual.

Los padres adoptivos de Sara son una pareja (Javier y Susana) que se conoció a los 18 años, ambos con historias familiares complicadas, especialmente la madre, que vivió con una madre enferma mental y un padre al que temía y con los que actualmente no mantiene relación. La pareja estuvo intentando un embarazo durante ocho años, también recurrieron a métodos hormonales y tuvieron un embarazo *in vitro* que resultó fallido. Inician un proceso de adopción que dura 4 años y ellos recuerdan como traumático y sin apenas apoyos (ni familiares, ni amigos); la adopción se completa en diciembre del 2000. Susana en estos años es atendida en salud mental por depresión y cuando están en Colombia para recoger a los hermanos, ella llega a verbalizar su deseo de no adoptarles. Desde un inicio Susana se siente rechazada por los dos menores. En marzo del 2001 acuden por primera vez a los servicios sociales por problemas con sus dos hijos recién adoptados. Acuden a un programa de Apoyo a padres del Ayuntamiento y acuden a un gabinete privado, además de que la madre es atendida en su centro de salud mental por depresión.

Las dificultades persisten y en enero del 2005 derivados desde salud mental inician una intervención familiar municipal y Sara participa en sesiones de psicoterapia individuales, que finalizan cuando la situación familiar parece haberse estabilizado.

En mayo de 2008 se produce el primer ingreso de Sara, de cinco días, en una unidad de Psiquiatría por trastornos de conducta y heteroagresividad. Se le da el alta especificando que no necesita tratamiento psicofarmacológico y aconsejando la continuación del seguimiento con su psicoterapeuta habitual.

En julio de ese mismo año se deriva a la familia a un Programa Municipal de Valoración en Riesgo de Menores y se inicia un programa de Intervención familiar.

En agosto del 2008 se produce un 2.º ingreso, éste de 15 días, por violencia intrafamiliar.

El juicio diagnóstico que se da es alteración mixta de las emociones y de la conducta y se considera necesario y benefi-

cioso la separación temporal de su entorno familiar. Se pauta para Sara un tratamiento con Zyprexa 5 mg 1-0-1 y seguimiento por su psiquiatra y psicólogo referentes.

En esos momentos los padres hacen una solicitud de guarda por la administración y comienzan los trámites administrativos para que se ejerza esa guarda.

EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

A la diputación le llega la demanda de unos padres que solicitan la guarda de su hija, pues se sienten incapaces de controlar sus conductas y fugas de ésta y temen que se esté poniendo en grave riesgo.

Los padres relatan que la relación entre madre e hija es difícil desde un inicio y el padre no logra posicionarse de manera que facilite la relación entre ambas. Esta relación se agrava con la entrada en la adolescencia de Sara, ya que comienza a establecer amistad con jóvenes de grupos marginales de su barrio de etnia gitana, no respeta los límites que se establecen en el entorno familiar con respecto a los horarios y se sospecha de conductas sexuales de riesgos con búsqueda de un embarazo.

Antes de que se haga efectiva la guarda se inicia un trabajo terapéutico con Sara de manera individual y con los padres a nivel de pareja. Por otro lado se mantienen las consultas ambulatorias con su Psiquiatra del EPI. También, antes de que se haga efectiva la guarda, nos piden una valoración tanto al piso donde piensan que va a ingresar, como a mí que soy el SAT de dicho piso, para ver la conformidad de que el ingreso sea en ese piso o en un Centro Terapéutico. Tal petición está fuera del modo ortodoxo de actuar, y de nuestras funciones, ya que ni yo ni el director del piso conocemos personalmente a la menor, ni a su familia.

Desde el piso con los informes psicológicos y psiquiátricos del expediente plantean el ingreso en un Recurso Terapéutico y no en su centro, que es un piso de carácter básico. Yo por un lado leo los informes del expediente y me pongo en contacto con las terapeutas del caso para saber cuál es la situación

actual del mismo, ya que los informes son de hace tres meses. Me comunican que la situación intrafamiliar actualmente está más calmada, que por un lado Sara y por otro los padres están muy implicados en su proceso terapéutico, y valoro que el ingreso en un recurso más normalizado puede ser más positivo en la actualidad. Finalmente, la comisión que decide dónde será el ingreso se inclina por esta última opción y Sara ingresa a inicios de febrero en el piso, donde será la única menor atendida, hasta el ingreso de otro chico a mediados de mayo.

Sara tiene una buena adaptación al nuevo entorno, quizá sea sobreadaptación al mismo, ya que se muestra muy a gusto, despegada de su familia, sin permitirse elaborar el sentimiento de abandono por la salida de su núcleo familiar.

Durante los dos primeros meses en el nuevo colegio no le cuesta establecer un nuevo grupo de amistades, aunque a medida que pasan las semanas protagoniza incidentes con algunos profesores y alumnos que ella siente que “la miran mal” ó la avergüenzan ante sus compañeros. En el entorno residencial tiene una actitud colaboradora en lo relativo a las pequeñas tareas de la casa que tiene asignadas. Se muestra contenta con su educadora-tutora. En las tutorías se trabajan aspectos relativos a la sexualidad, ya que cuenta que mantiene relaciones sexuales con su nuevo novio. En el centro refuerzan aspectos escolares y plantean actividades de ocio acordes a los intereses de Sara, de las que participa. Con respecto al entorno social, muy pronto Sara comienza a mantener relación con chicos que ella presenta como novios, también tiene un grupo de amigas que se mantiene algo más estable.

Las visitas quincenales, de los padres y el hermano, en un inicio no son muy adecuadas y se presentan momentos de tensión entre madre e hija. Tampoco Sara muestra interés por llamar a casa.

A lo largo de los meses, en las reuniones de equipo trabajamos sobre los distintos aspectos de la vida de Sara: escuela, amigos, relaciones y tareas en el centro, implicación en su terapia, prestando especial atención a la relación con los padres y a cómo son las visitas que éstos hacen con Sara, ya que la orien-

tación es que Sara pueda volver a su casa a medio plazo. Como he señalado al principio, se ve necesaria la supervisión externa de las mismas ya que se producen momentos de tensión especialmente entre madre e hija. Una excesiva necesidad de control sobre Sara por parte de ambos padres y comentarios demandantes por parte de Sara. A medida que pasa el tiempo, y el trabajo personal tanto de los padres como de Sara avanza, las visitas se encuadran en un ambiente más relajado y cercano, pudiendo acercarse Sara a sus padres sin necesidad exclusivamente de demandar cosas (recarga de tlf., ropa...) y los padres dejan las preguntas más invasivas para las conversaciones con los educadores.

Sin embargo, después de estos dos primeros meses y a lo largo de los dos siguientes, en el colegio su conflictividad va en aumento hasta que es expulsada durante las dos últimas semanas del curso y en el piso aumentan el número de fugas y la relación es más tensa con ciertos educadores, mostrándose amenazante y agresiva si se le marcan límites. Este cambio no sabemos muy bien a qué se debe, pero hay ciertos aspectos en el ámbito residencial que pueden haber influido en el mismo y yo me planteo como hipótesis la siguiente: por un lado que su educadora-tutora (su referente en el piso) deja el trabajo y pasa a ese puesto otra educadora que también vuelve a dejar el trabajo; y por otro, se produce el segundo ingreso en el piso, entra un chico, y ella deja de ser la única "usuaria" del recurso.

En la primera entrevista que tuve con Sara, a los dos meses de ingresar, para presentarme y preguntarle por cómo se sentía en el piso, la impresión general que tuve fue la de una adolescente insegura y algo retraída; mantuvo la capucha de la cazadora puesta todo el tiempo y necesitaba de la mirada y de las palabras de la educadora, que la acompañaba, para comenzar a dirigirse a mí. Salvo esos detalles que la presentan con cierto grado de inseguridad y retraimiento no me pareció demasiado distinta a cualquier otra adolescente que se enfrenta a una entrevista de ese estilo.

Esta manera de mostrarse puede significar que sus relaciones objetales internalizadas son frágiles y no han sido seguras por lo que muestra bastante desconfianza. Respecto a las

funciones del yo, están conservadas y acordes a su edad, si bien es cierto que los resultados académicos no son acordes a sus capacidades. El test de realidad está conservado y tiene conciencia de las situaciones y problemas que ha vivido.

En la entrevista no muestra demasiados afectos, pero por las reuniones con los educadores, éstos son ricos aunque ambivalentes, pasando de estados de ternura y cariño a momentos de mucha rabia y agresividad.

Generalmente cuando se produce un conflicto, Sara vuelca todos los aspectos agresivos y amenazantes en una parte (educador, colegio, madre) y los aspectos de más cercanía, contención y seguridad en otra parte (otro educador, el piso, el padre).

A través de las reuniones con el equipo y en lo que éstas se relataba, vimos que Sara usa como defensas la proyección de su propia agresividad en “me miran mal”, “el es extranjero”, “tú no sabes nada” y la escisión, separando de forma drástica lo bueno y lo malo y colocando todo lo bueno en un educador y todo lo malo en otro. Siendo incapaz de integrar ambas partes.

Los actings tan notables nos muestran la incapacidad de mentalización de sus angustias y conflictos, no dando cabida, más que en pocos momentos, a una posición más depresiva que le permita conectar con su mundo interno.

Nos muestra un yo frágil que busca fortalecerse en su identidad buscando relaciones que revivan su propia conflictividad interna. No aprecia un superyo integrado y mantiene un yo ideal inalcanzable que no le permite estructurar el ideal del yo.

Volvemos a la reunión de profesionales y los “actings” de los mismos.

La angustia y frustración de los padres con esta hija tan difícil de contener y atender, debido por un lado, a las vivencias que ella tuvo en su infancia (de abandono y posiblemente de abusos) y por la historia de los padres, se trasmite a los profesionales que atienden a Sara. En la anamnesis del caso vemos una demanda continua a lo largo de los años para que les ayuden a resolver el problema (servicios sociales, gabinetes públicos y privados, programas para padres). Esa demanda se hace patente cuando delegan en la Diputación la atención de su hija, mediante una cesión de guarda, y vuelcan en los profesionales que trabajan con

ella en el piso, la queja de que ellos tampoco son capaces de controlarla y que ya les habían advertido lo que iba a ocurrir.

A la Diputación la instan a que controle a su hija y, si es necesario, se la mande a un recurso especializado. Son demandas con tanta carga de angustia que los profesionales comenzamos a actuar sin buscar un espacio para pensar y reorientar el caso. Nos acusamos de no haber actuado con prontitud, posicionando al resto de colegas en buenos profesionales pues hacen lo que yo digo, o en malos profesionales porque no hacen lo que yo pienso. Se actúan y se reproducen dinámicas familiares, se produce un ingreso de urgencia cuando Sara ha vuelto al piso y se ha acostado a descansar. Nos sentimos cansados y desbordados por el caso y deseando que lo deriven a otro profesional.

Hacemos ante el temor de que nos digan que no hacemos y que es por eso que Sara está tan mal; y nos exigimos unos a otros que hay que “hacer”, cuando quizá sea imprescindible pararse a pensar y no actuar. Entender la complejidad del caso y aportar dispositivos que aseguren una continuidad a lo largo del tiempo y que estos profesionales dispongan del apoyo suficiente como para aguantar la gran presión y frustración que supone un caso de este tipo.

REFLEXIONES EN TORNO A LA ESCOLARIZACIÓN GENERALIZADA DE LOS NIÑOS DE DOS AÑOS*

Fernando González Serrano y Xabier Tapia Lizeaga*****

En 1993, en la revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente de Sepypna, F. Cabaleiro hablaba de “integración” para referirse al “momento y proceso de adaptación que el bebé, o el niño pequeño, y su entorno viven cuando los padres delegan en otras personas o instituciones una parte de los cuidados que hasta entonces le venía proporcionando la madre”. Dentro de una serie de integraciones “problemáticas” citaba las que se producen entre el 5.º mes y los tres años, considerándolas como un factor de riesgo.

En la introducción del artículo insistía en la importancia (y limitaciones) de la prevención primaria y en la responsabilidad de los profesionales de la salud mental infantil a la hora de “sensibilizar, informar y contribuir a la formación de los diferentes profesionales, favoreciendo espacios de reflexión y de elaboración sobre el mundo psíquico infantil”.

* Comunicación libre presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra. Centro de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Uribe. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Getxo (Bizkaia). Psicoterapeuta y miembro de Sepypna. Correspondencia: c/Alangobarri 7, bis. 48990 Getxo (Bizkaia). E-mail: fernando.gonzalezserrano@osakidetza.net.

*** Psicólogo Clínico. Asociación Altxa. Servicio de Atención Temprana. CSM Julián de Ajuriaguerra. Asociación Haurrentzat.

Esta breve comunicación pretende precisamente contribuir a esta reflexión en torno a un fenómeno cada vez más extendido como es la “integración” escolar de los niños comprendidos entre los dos y tres años.

En pocos años se está produciendo en nuestras sociedades un cambio muy importante: los padres confían sus hijos a otras personas en edades cada vez más tempranas, lo que ha llevado a crear progresivamente estructuras extra-parentales de acogida y cuidado para los niños de 0-3 años. Entre 3-6 años, es la estructura escolar la encargada de acoger a los niños y solo a partir de los 6 es obligatoria la escolarización (dato que a menudo se olvida).

Hasta hace muy poco esta división institucional parecía muy clara manteniendo cada período su propia identidad y encuadre bien diferenciados.

Nos hemos interesado por el período de 2 a 3 años porque de forma reciente, aunque rápida y progresiva, se está produciendo un nuevo fenómeno, no ya de “integración” en guarderías sino de escolarización masiva de los niños de dos años.

Y surge la duda:

– ¿Está la escuela actualmente, como institución, adaptada y preparada para acoger a los niños de 2 años?

– ¿Es función de la escuela, tal como está concebida actualmente, acoger y **escolarizarlos**?; ¿es compatible la identidad de la institución escolar actual con las características psicobiológicas de estos niños?

No se trata de discutir sobre guarderías sí/no, escolarización sí/no. Resulta un debate intelectualmente caduco e inútil porque la realidad (biológica y/o social) siempre va por delante de nuestras veleidades intelectuales.

Tampoco se trata de culpabilizar o estigmatizar el trabajo de las mujeres-madres. Es más, si se las respetara verdaderamente habría menos demagogia y se haría mucho más por sus bebés para que pudieran sentirse más tranquilas entre sus obligaciones laborales y su maternidad.

No se trata tampoco de inmiscuirnos en ámbitos ajenos de pensamiento y actuación, la escuela en este caso.

Se trata de contribuir respetuosamente, como profesionales de la salud mental infantil, a una reflexión colectiva que contribuya a la mejora de los procesos de acogida extra-parental de los niños de dos años cumplidos.

RATIOS

En Euskadi las ratios son las siguientes:

– educación infantil (primer ciclo: 0-3 años)

0-1 años: 8 alumnos

1-2 años: 13 alumnos

2-3 años: 18 alumnos

– educación infantil (2.º ciclo: 3-6 años)

ratio mínima: 17 alumnos

ratio máxima: 25 alumnos

Hemos tratado de recoger algunas conclusiones de una serie de estudios empíricos en torno a las supuestas ventajas de la escolarización precoz.

La escolarización precoz como oportunidad social

Está muy extendida la idea de que “cuanto antes y más tiempo en la escuela, mejor, sobre todo para los niños provenientes de medios social y culturalmente desfavorecidos” (criterio masivamente aplicado actualmente con los niños discapacitados).

Los autores que investigan el tema se muestran cada vez más prudentes ante estas convicciones.

– Las políticas de escolarización con dos años no compensan las diferencias sociales. Por si se nos olvidaba: independientemente de la edad de escolarización, las diferencias escolares van aumentando en función de las categorías sociales.

– En otros estudios se señala que los más favorecidos son los niños de las clases más altas y los niños de inmigrantes pero éstos últimos dejan de mantener los beneficios de la escolarización precoz al entrar en secundaria.

– Hay autores que afirman que, en términos generales, más

o menos la mitad de los niños progresan en la escuela con dos años, mientras que para la otra mitad, los más desfavorecidos en origen, supone un traumatismo del que les cuesta reponerse.

La escolarización precoz como oportunidad pedagógica

Los estudios sobre los efectos pedagógicos del cuidado extra-parental precoz en su devenir escolar están muy lejos de la unanimidad.

- En términos generales no hay diferencias en el desarrollo escolar entre los niños escolarizados con dos y tres años.
- Sí se observan evidentes ventajas en los niños escolarizados con 3-4 años en comparación con los no escolarizados.
- Cuando el cuidado es de mala calidad los efectos son claramente negativos para el desarrollo cognitivo y del lenguaje.
- En centros de mucha calidad y con una presencia entre 10-30 horas a la semana antes de cumplir un año de edad, se observan beneficios en los resultados escolares posteriores. No así cuando pasan más de 30 horas. El factor -tiempo de cuidado extra-parental- adquiere una relevancia muy grande.
- El impacto en el desarrollo escolar de las variables **-nivel socio-económico** de los padres- y **-trimestre de nacimiento-** es mucho mayor que el de la escolarización con dos o tres años

Se insiste en el papel fundamental del factor calidad de acogida.

La escolarización precoz como oportunidad psicológica

Una vez más los resultados son muy dispares cuando no contradictorios:

- Hay estudios que consideran que los niños atendidos colectivamente se benefician psicológicamente si no pasan más de 30 horas semanales fuera del cuidado de los padres.

- Otros autores consideran sin embargo que son más agresivos, con más problemas de conducta y con efectos negativos en el apego a la madre.
- Cuando hay una relación más individualizada con los niños se refuerza su seguridad emocional, tienen reacciones más vivas y tienden a relacionarse más con las personas; cuando la atención es más colectiva, son más pasivos y centrados en su propio cuerpo.
- Las fantasías de los educadores sobre el ideal de cómo cuidar tienen un gran impacto en el comportamiento de los niños. Los ideales de sensibilidad, disponibilidad y proximidad tienen un efecto positivo mientras que los de estimulación, firmeza, eficacia y organización tienen un efecto negativo.

ASPECTOS PRINCIPALES DEL DESARROLLO INFANTIL EN ESTA EDAD

¿Qué es lo que está en juego en esta edad?

Entre los dos y tres años culmina un proceso que va desde el nacimiento hasta la adquisición del “yo”, es decir hasta una relativa autonomía en el sentimiento de separación corporal y de identidad.

Veamos muy brevemente algunos aspectos básicos del desarrollo de estos niños.

Las peculiaridades de sus ritmos vitales

Básicamente los ritmos ultradianos y de alimentación diferentes para cada niño.

El desarrollo del lenguaje

Hay una explosión en la adquisición del vocabulario y de la organización gramatical.

El despliegue de la actividad motriz espontánea

Nos referimos a la doble vertiente de las actividades motrices:

Las *actividades dirigidas hacia los objetos exteriores* (objetos materiales y personas).

Las *actividades motrices centradas en el propio cuerpo*, tan olvidadas habitualmente, pero tan frecuentes en esta edad.

- los *balanceos* de todo tipo,
- los *movimientos giratorios* y
- las *caídas* (voluntarias)
- (además de la marcha, las carreras y los saltos, más valorados y tenidos en cuenta)

En estas actividades, el “sentir” predomina sobre el “hacer”, y tienen un enorme valor tanto por las sensaciones corporales como por los estados tónico-emocionales, mayoritariamente placenteros, que suscitan.

La adquisición del control de esfínteres

El desarrollo de los juegos espontáneos de imaginación

El desarrollo del grafismo espontáneo

El control de la agresividad

La necesidad de ir creando su propia hoja de ruta ante los avatares inminentes de la triada y de los sentimientos de exclusión

La crisis de identidad

G. Haag insiste en esta revolución **normal** pasajera que se acompaña de una crisis ansiosa, “**la crisis de los dos años y medio**” con un exceso de

- agitación motriz
- inestabilidad
- irritabilidad
- rabietas y agresiones
- oposición sistemática

Para un buen número de niños hay que añadir:

- rechazo a la defecación sin pañales aun controlando los esfínteres
- rechazo a quitarse la ropa exterior en la guardería

Todos estos aspectos nos llevan a dos constataciones básicas:

- la importancia de la iniciativa **espontánea** de los niños a esta edad y
- la importancia de las **diferencias** interindividuales.

Ahora bien, ¿alguien puede explicar cómo se pueden cuidar estos aspectos con grupos de 15, 20, 25 niños de dos años, con una educadora desbordada por los problemas de limpieza?

A falta de apoyos suficientes, los niños más frágiles corren el riesgo

- de la inhibición, la pasividad, la adhesión sumisa al grupo, el empobrecimiento, la restricción de sus intentos de relación, el sentimiento de estar solos,
- o de los comportamientos agresivos, la agitación, el desafío, la oposición sistemática, el engaño

PUNTUALIZACIONES Y SUGERENCIAS

¿Diferentes formas de entender el desarrollo?

- Los ideólogos escolares y de la educación reivindican el carácter educativo universal del período de 0-6 años. Nos parece muy discutible esta posición al menos desde la práctica actual. Todo depende de qué se entiende por educación en estas edades pero pensamos que de 0 a 3 años el concepto importante no es la educación sino que las claves importantes son:

- el cuerpo
- la relación y
- la seguridad interna

A partir de 3-6 años sí parece más pertinente hablar de educación, en su doble vertiente:

- los aprendizajes
- la socialización
- Antes de los tres años, no se trataría de enseñar, de establecer hábitos, sino de ayudar al niño a consolidar una seguridad interna suficiente como para tener curiosidad por su entorno y ser capaz de disfrutar, desear y pensar.

- Esto se consigue mucho más a través de la relación con sus objetos externos e internos que por medio del aprendizaje en el sentido estricto del término, y lleva tiempo.
- La seguridad interna depende de una serie de funciones cumplidas tanto por los padres como por otras personas a condición de disponer de los medios para trabajar con grupos reducidos de niños y en condiciones de atención psíquica suficientes.
- Hay un fenómeno social de impaciencia y precipitación, y sin embargo, los estudios empíricos se muestran de acuerdo al considerar como elementos de calidad necesarios para una buena evolución cognitiva, social y afectiva
 - la atención psíquica prestada a cada niño
 - la adaptación a sus necesidades individuales
 - la continuidad y estabilidad del entorno.
- En sentido contrario, las mismas investigaciones apuntan hacia un efecto negativo de un cuidado de mala calidad: los bebés sin tiempo ni condiciones suficientes para serlo tienen mucho más riesgo de convertirse en niños y adolescentes vulnerables.
- Los niños de “riesgo” (social, psicológico, somático) son más sensibles a los efectos, positivos o negativos, de la forma de cuidarlos.
- Así pues, parece incuestionable la necesidad de una atención individualizada para un mayor respeto de la espontaneidad y de las diferencias. Esto implica una filosofía pedagógica de una mayor exigencia de adaptación de la institución a los niños y no a la inversa. Y surge la pregunta del inicio.

¿Está la escuela, como institución, preparada para adaptarse a estas características y responder a ellas?

- La realidad actual nos muestra que ante la demanda social masiva y urgente, la escuela se ha ofrecido para acoger a los niños de dos años. El problema es que no cuenta ni con espacios adecuados ni con personal suficiente ni suficientemente preparado para ejercer *su función pedagógica*.

gica y educativa. Es decir, “se hace lo que se puede con lo que hay”.

- Pero una cosa es que haya una demanda social de “guarda” de los niños y otra que tenga que ser la escuela quien deba de satisfacer esa demanda. Algo similar está ocurriendo con la prolongación de la escolarización obligatoria hasta los 16 años y los proyectos de ampliación hasta los 18.
- Sin embargo, el período de 2-3 años es crucial y requiere de unas condiciones de acogida **que la escuela infantil o preescolar, en las condiciones actuales**, no cumple ni parece poder cumplir.

Pero, ¿corresponde a la escuela infantil o preescolar acoger a los niños de dos años? ¿es su papel?

– **En la actualidad**, al parecer, nos encontramos con una incompatibilidad:

1. Los niños de dos años necesitan de todo menos de un aprendizaje en el sentido clásico del término. Necesitan básicamente de un cuidado y de un acompañamiento de calidad, no de una enseñanza.
2. Por definición la escuela está para enseñar y educar y el preescolar es un período de enseñanza y educación. No es una guardería.

– Ambos términos nos resultan incompatibles: es ilusorio pensar que, en las condiciones actuales de funcionamiento, las aulas de dos a tres años puedan ofrecer a los niños ventajas para su desarrollo. Además, no parece ser éste su papel.

Conclusión

- La escolarización precoz es una realidad, pero es la menos mala de las soluciones posibles y no podemos darla por válida sin más esquivando una reflexión urgente y necesaria. Es necesario buscar otras fórmulas mucho más respetuosas con las características de estos niños.
- No hay criterios científicos para fijar una edad límite de entrada en la escuela, pero se podría afirmar que

1. a los **dos años** tienen necesidad de otra cosa que no de la escuela, es decir, de lugares de acogida pensados en función de los conocimientos actuales sobre el desarrollo psicoafectivo de los bebés, y

2. que la necesidad de una **escolarización** surge para la mayoría de los niños a partir de los tres años.

– Las soluciones hay que encontrarlas en el ámbito socio-económico con la creación de condiciones que permitan **elegir** y/o **compaginar** mejor la vida laboral y familiar:

1. reivindicando medidas sociales y condiciones de trabajo mucho más favorables para el cuidado **voluntario** de los bebés por parte de las madres y los padres

2. mejorando la **calidad** de los centros de acogida y cuidado de estos bebés **sobre todo con la formación y especialización del personal**

– La conclusión más “novedosa” e “inesperada” de estas investigaciones es que la calidad de la oferta tiene mucho que ver con la cuantía de la inversión económica. Siendo malpensados o realistas (tanto monta), se entiende tanta adhesión a la ignorancia y a la simplificación de la realidad, argumentos irrefutables para la no inversión. No creemos en la falta de voluntad de quienes deciden; así pues, la pelota vuelve a nuestro tejado y nos invita a dar menos juego a la ignorancia y a las simplificaciones interesadas.

YIN & YANG: ENCUENTROS CULTURALES DE CRIANZA*

Sonia Villero Luque, Carlamarina Rodríguez Pereira***, M.ª Dolores Ortega García****, Isidora Casas Ochoa*******

RESUMEN

A partir de la exposición del caso de K, un niño de 9 años, hijo de un matrimonio chino residente en España desde hace 20 años, se reflexiona sobre la maternidad compartida; las motivaciones de la madre, la apropiación de la receptora y la vivencia de doble vinculación del niño. Se considera la influencia sobre la clínica y la labor terapéutica de factores clínico-personales, transgeneracionales, transculturales, nuevas formas de crianza, dinámicas familiares y construcción del apego.

Palabras Clave: maternidad compartida, inmigración, apego, transculturalidad y formas de crianza.

* Comunicación libre premiada presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes" tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Facultativo Especialista de Área de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Mancha Centro - USMIJ. 13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real). E-mail: soniavillero@hotmail.com

*** Psicóloga Clínica. Complejo Hospitalario Mancha Centro - USM 13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real). E-mail: cmarinarp@hotmail.com.

**** Facultativo Especialista de Área de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Mancha Centro - USMIJ. 13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

***** Diplomada Universitaria en Enfermería. Complejo Hospitalario Mancha Centro - USMIJ. 13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

ABSTRACT

From the exposition of K's case; a 9 years old child, who is the son of a Chinese marriage which live in Spain for 20 years, we reflect on share maternity; mother's motivations, appropriation of the receiver and the double attachment feeling of this child. It is consider the influence on clinic and therapeutic work of clinic-personal, transgenerational, transcultural, new rearing ways, familiar dynamics and attachment factors.

Keywords: share maternity, immigration, attachment, transcultural factors and rearing ways.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la inmigración es uno de los factores que mayor impacto está teniendo a nivel social, económico, cultural y sanitario en nuestro país. Como psicoterapeutas, se nos plantea un nuevo reto en la aproximación clínica a la psicopatología de niños y adolescentes procedentes de culturas alejadas del marco teórico en que se ha fundamentado nuestra formación médica y psicoanalítica, esencialmente individual y occidentalizada. Se hace necesario incluir nuevos referentes para dar cuenta de la complejidad social y familiar en que estamos inmersos en el mundo actual: multiculturalidad, nuevas formas de parentalidad y crianza, nuevos estilos de comunicación y relación con el otro, el alto nivel de exigencia del medio externo y la privilegiación de la conducta y el movimiento sobre los espacios de pensamiento y reflexión, la baja tolerancia a la frustración... Y, dado que el ser humano tiene su inscripción psíquica en lo sociocultural, hemos de prestar especial atención a conceptos como el de "la alteridad cultural", es decir, el descubrimiento que el "yo" hace del "otro", con una amplia gama de imágenes y representaciones de otro distinto, del "nosotros", así como visiones múltiples del "yo". Este acercamiento al otro deviene en una serie de dificultades en el entendimiento mutuo a partir de factores idiomáticos, estilos de comunicación no verbal y este-reotipos, valores morales y culturales diametralmente opuestos, que conducen a la necesidad responsable del desarrollo y revisión constante de la auto-observación o auto consciencia del

terapeuta. Como dice Peter, “el límite es la captación de nosotros mismos, es nuestro sentido de la realidad, la decisión de volvernos más humanos”. De ahí que hayamos querido empezar nuestro análisis de un caso clínico “desde la mente” del terapeuta, a través de la experiencia del saberse uno, observándose a sí mismo y acercándose al otro. Antes, a modo de pinceladas, y con la intención de facilitar la contextualización de aquel, aportamos una breve introducción sobre la cultura china. Finalmente, se propone un modelo de aprehensión del caso que pretende integrar, a modo de piezas de un puzzle, perspectivas virtualmente distintas con el objeto de una mejor aproximación a la complejidad clínica de aquel: biológica, evolutiva, fenomenológica, estructural, vincular, sistémica y transcultural.

...DE LA CULTURA CHINA

“Yin y Yang. Oriente y Occidente. Más de diez mil kilómetros teñidos por diversas culturas hasta llegar al otro extremo. Y en mitad de ese recorrido trataremos, “el yo”, “el otro”, “el nosotros”, de encontrar nuestro lugar.”

Para presentar el caso comenzaremos abriendo la maleta de tradiciones chinas que trajeron los padres de K a España veinte años antes de su nacimiento, haciendo un breve recorrido por la concepción familiar (maternidad, familia, crianza...) en la cultura asiática, levantado el peso de la inscripción cultural a pesar del tiempo. Las identificaciones tempranas puede encontrarlas este niño en una trama familiar que es congruente y está contextualizada con los modelos que la cultura propone en ese momento, pero que en K (Oriente y Occidente) coexisten mirándole a un mismo tiempo.

En China, la familia fue siempre considerada como base de la sociedad, y el matrimonio el único sistema para constituirla y para tener hijos. La familia tradicional se puede caracterizar como patrilínea y patriarcal, en donde la posición de las mujeres es baja y los hijos son siempre valorados dentro de las necesidades del contexto familiar. Así, en la tradición china “el lugar apropiado de la mujer, esposa y madre es adentro”, mientras

que “el de un hombre es afuera” y así “la casa está en buen camino”.

Es indudable, por tanto, que como madre la mujer tenía un coto de poder que le era negado en sus demás papeles. Tener hijos, sobre todo hijos varones, era la expectativa de la familia política, y al cumplir ésta, la mujer afianzaba su posición. A ella se le asignaba también el papel de educadora y socializadora de los pequeños, antes de que fueran entregados a manos de un tutor.

Si examinamos los libros clásicos, vemos que de las cinco relaciones básicas (padre e hijo, esposo y esposa, hermano mayor y hermano menor, soberano y súbdito, amigo y amigo) que sostienen la sociedad y el Estado en China, tres se refieren a la familia pero no hay ninguna que se refiera a la relación madre-hijos. La prioridad está siempre dada a la piedad filial, al amor y el respeto hacia los padres que tienen precedencia sobre cualquier otro sentimiento. Al igual que a los niños, a las niñas se le inculcaban principios morales y se hacía hincapié en tal piedad filial.

En el *Liji*, al precisar la relación entre padre e hijo, se dice lo siguiente: “Éste es el afecto de un padre para sus hijos (varones: ama a los valiosos y pone en una escala más baja a los que no demuestran tener habilidades; el amor de la madre es de tal modo que mientras ama a los valiosos, siente lástima por los que no demuestran tener habilidades; la madre se relaciona con ellos por el afecto y no por el honor y el padre por el honor y no por el afecto”.

En la realidad sociocultural china actual se añaden, además, las consecuencias de la política del hijo único y la occidentalización progresiva con el reciente auge económico, que han dado lugar a la difícil tarea de aunar concepciones orientales y colectivistas con concepciones más individualistas y globalizadoras, que conllevan a una sobreprotección de los hijos a la vez que se depositan en ellos unas expectativas elevadas de éxito social y profesional.

Si buscamos la representación del amor materno, tal y como lo entendemos en Occidente, vemos que está ausente de los textos clásicos y aún de la literatura tradicional de China. Sin

embargo, a pesar de construcciones y conceptos diferentes, en las dos tradiciones hay coincidencias en cuanto a las actitudes que pueden responder más a las situaciones sociales y económicas dentro de un contexto histórico, que a un ideal abstracto. Y es, a través de K., y para K., por el que trataremos de alcanzar el equilibrio de dichas coincidencias.

VIÑETA CLÍNICA: K

“En la mente del terapeuta...”

«Entra una mamá por la puerta acompañada de un niño de 9 años. Digo “acompañada de” porque éste mantiene una actitud que en una lectura simplista de la situación me hace atribuir su desgana a su momento evolutivo latente. Natural de Hong Kong, se aparece atractiva y elegantemente vestida. Narra su parte de la historia de una manera que se me antoja desesperada, aunque me desconciertan gestos y aspavientos, lo que salda enseñada mi prepotencia occidental tildando a la señora de histérica. Mucho después un amigo sinólogo me diría que no me fiara de esquemas europeos para interpretar las expresiones de un chino, al que acusaría injustamente de casi siempre enfadado. Dice que ya no puede más, que ha tenido que luchar con K como padre, que es muy mentiroso y muy lento, que tiene que estar encima de él para todo, que no hace caso de nada. “Y ahora, además, desde hace unos meses, dice que le duele la tripa para que vaya a recogerlo al colegio”.

»Mientras el niño se mantiene aparentemente ajeno al discurso, la mamá cuenta cómo su marido y ella vinieron a España hacía casi veinte años y cómo se dedicaban exclusiva sin casi, y literalmente en cuerpo y alma al negocio familiar. Me cuenta cómo se deprimió al nacer su hija, y cómo no recuerda si le pasó lo mismo con el pequeño. Y aunque me cuesta conectar con ella, esta mamá me transmite culpa, que es casi más vergüenza porque yo la observo, cuando explica cómo tuvo que dejar desde el nacimiento a sus hijos al cargo de una solterona entrada en años que altruistamente satisfacía sus necesidades de maternaje dándoles de comer papilla hasta los seis años. Digo dejar y no ceder aunque los críos pasaban noches enteras con esta

“doble mamá” cuando pataleaban a “la verdadera entre comillas” cuando iba a recogerlos.

»La mamá habla de dolor por la rivalidad no explicitada y no tengo claro si impuesta desde fuera. Me pregunto en ese momento desde mi acomodada posición de observadora qué parte había de limitaciones materiales para la crianza y cuál de deseos inconscientes o de patología en la pobre madre... Contaba cómo los niños preferían estar con “la señora”, como la llamaban, que según ella les dejaba hacer cualquier cosa y servilmente les complacía, y cómo decidió cortar con ello en cuanto la hermana fue lo suficientemente mayor como para dejarles solos, hacía ya casi un año medio. Me pareció, no obstante, terrible y enternecedor cómo seguía llevando a sus hijos a verla de cuando en cuando porque entendía que la querían.

»Ante la supuesta banalidad de la demanda expresada en el énfasis de la desobediencia (que bastante fastidio me inspiraba), esta mamá se declaraba absolutamente desolada. Y yo la juzgo inmediata e impúdicamente como intolerante y severa. Pero también tan triste... Y más cuando en vago lamento explicaba que no sabía “quién se encargaba de estas cosas en España, que “allí” sí sabría qué hacer, no como aquí, que esto tan perdida...”.

»A solas con el niño, le pregunto por su nombre, y me da la versión española K. del original K. que se ha apañado él solo para minimizar complicaciones. Pienso qué difícil responder a dos nombres distintos, y ser manchego con rasgos asiáticos, y qué difícil hablar con tu madre y con tu padre en una lengua tan distinta a la que usas en el cole, y qué difícil tener casi dos mamás tan distintas...

»Mantiene una actitud de cierta indiferencia durante la entrevista, que yo vivo como defensiva. Él viene obligado, por supuesto. Se lleva bien con todo el mundo, aunque sólo dos chicos le hablan. No está especialmente enfadado, ni especialmente triste, ni cansado... Aunque yo lo siento extrañamente de todas esas formas. Un niño que se describe a sí mismo a trozos, en yuxta y en contraposición a su padre: “No soy tan nervioso como papá, pero me enfado mucho. Soy tranquilo, no me enfado cuando me insultan, y casi siempre no termino las cosas”. Un

niño que desea la paz en el mundo y que todos sean felices, y que no necesita un tercer deseo.

»Me llama la atención, frente a la para mí incongruente y exagerada expresividad materna, el plano lenguaje no verbal de K, y vuelvo a pensar qué difícil no perderse entre los gestos de la mamá A y de la mamá B, y me pregunto si se ha defendido no eligiendo ninguno. Y me llama la atención, también, lo que me irrita este niño.

»Teniendo en cuenta mi particular dificultad para identificarme con las madres, me pregunto cómo se ha producido de pronto el que yo me sienta con él de forma casi idéntica a lo descrito por su madre. A lo mejor esto es una identificación proyectiva. Al fin él es capaz de poner palabras a lo que siento y protesta: “¡Me aburro...!”. Es casi como si deliberadamente tardara demasiado en hacerlo todo. Me pregunto si es una manera burda de protestar a una madre abandonica, o si se trata de un mecanismo más elaborado en que un niño trata de rescatar a la que es al fin y al cabo su mamá, de la depresión y el desarraigo.

»Al salir me desembarazo de esa sensación de fastidio y soy capaz de verlo como un niño triste que pasa extrañamente desapercibido. ¿Será ésta la tristeza mal-llamada “neurastenia asiática” proyectada desde los padres o genuina de la primera generación?”

»Poco después veo a los padres solos. Me sorprende ver aquí al papá. Al comienzo pienso que este hombre no entiende bien el idioma porque se sienta casi vuelto hacia la madre evitando el contacto ocular conmigo. Pregunto y la madre me dice: “No es la lengua, él es así”.

»Trato de imaginar en vano cómo coexisten hoy día la China moderna de la madre y la tradicional del padre. Cómo la política del hijo único y la proliferación de la clase media malcra a los niños a la vez que deposita en ellos la responsabilidad de superar a sus padres. Y cómo a la vez los valores se enraízan en el respeto de joven al anciano, de la mujer al hombre y del hijo al padre (o piedad filial); y en la definición de la mujer en tanto hija, esposa y sobretodo madre, educadora y socializadora del hijo.

»Lo que al principio me parece desprecio, entiendo que puede ser vergüenza del padre por lo que define fracaso en su

hijo, varón mediocre y desobediente. La mamá me explica con lágrimas en los ojos cómo decidió apartar a su marido de la crianza de sus hijos por su severidad, que le impide hasta besarles en público. Pienso en cuán solos parecen estar y sentirse ambos, y cuán alejados el uno del otro, a tantos miles de kilómetros...

»En la última entrevista, la mamá se muestra, tranquilizadamente para mí, más relajada. K ayuda en el restaurante y ha ganado un premio de piano. Le encantaría, dice, que hubiera podido verlo.

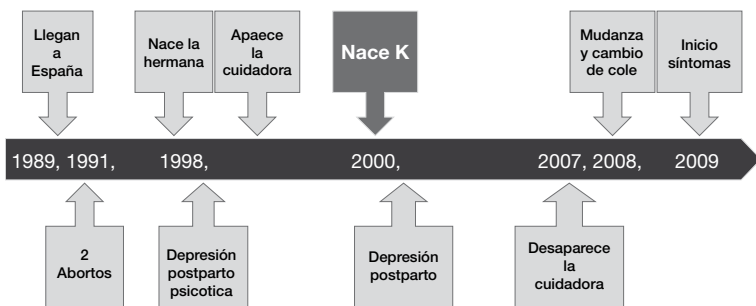
»El niño a solas, como en previas, comienza instalado en la queja por haberle traído su madre a un sitio tan aburrido. Me ofendo secretamente, pero se me pasa enseguida. En algún momento, le digo que debe ser difícil para mamá y papá estar aquí, desde un sitio tan lejos. Y que a lo mejor también es difícil para él, a veces.

»Me dice que no, porque él poco tiene que ver con Asia, salvo cuando le castigan por las tardes escribiendo letras chinas, o cuando tienen que ir a ver a la familia de sus padres. No sé si será un castigo a o de su parte china.

»Me cuenta que no le gusta ir allí, que es incómodo, dice triste, porque allí mis padres ya no tienen sitio.

»Me quedo con esa frase en la cabeza y me pregunto si este niño también habrá nacido un poco sin sitio.»

LÍNEA VITAL



ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA

Dada la complejidad del caso clínico, y tras enfatizar la necesidad de auto-observación del terapeuta a través de la breve viñeta clínica expuesta, queremos aproximarnos a la realidad de K desde distintos enfoques para dar mejor cuenta de las diversas particularidades del caso, y de los que se pueden extraer, a su vez, posibles dianas terapéuticas.

a. Perspectiva biológica

Existen antecedentes de depresión postparto en la madre tras ambos embarazos, lo que puede hacernos pensar en una posible predisposición biológica a padecer síntomas depresivos.

b. Perspectiva evolutiva

El niño tiene en el momento de la visita 9 años, evolutivamente insertado en el período de la latencia, que supone el nuevo reto de desfocalizar la atención sobre lo intrafamiliar y dirigirse hacia lo social. Cobra especial importancia la interrelación entre lo intrapsíquico y lo exterior. Es el periodo de elaboración de las identificaciones parentales tras la superación del Edipo, y se trata de un punto crucial en la estructuración de la identidad. Posiblemente, en este caso, las identificaciones parentales se han visto dificultadas, dada la relegación del padre en el proceso de crianza. Esta etapa supone para K la tarea de lidiar entre las identificaciones con unos padres muy distintos de la sociedad en que se ven inmersos, y además un acercamiento a un mal llamado grupo de iguales con los que ha de establecer a su vez, identificaciones secundarias, con las dificultades de integración que ello supone.

c. Perspectiva fenomenológica

El pediatra, recogiendo la información aportada por el colegio, refería en el niño apatía, tendencia al aislamiento social en la escuela, donde permanecía alejado de los compañeros y “abstraído” en las clases, así como sintomatología psicósomática en forma de dolor abdominal funcional por el que habían llamado más de una vez a la madre desde el colegio. El cuadro,

de características depresivas, tenía una evolución de unos 6 a 9 meses. Los padres, a su vez, ponían el énfasis en la desobediencia y la lentitud. Como posibles precipitantes una mudanza dentro del mismo pueblo hacía año y medio que había supuesto un cambio de colegio, y la ruptura de las relaciones con la cuidadora de K hacía algo más de un año. A un nivel más intrapsíquico, que se completará en el siguiente epígrafe, pensamos que el duelo por esta cuidadora puede haber desempeñado un papel preponderante en el desarrollo de la clínica actual. Esta cuidadora, que le daba purés hasta los siete años por un reflujo gastroesofágico que había sufrido de bebé, de repente desaparece de su vida y cuando aparece el dolor abdominal un año más tarde, no está ahí para mimarlo, cogiendo el relevo de este cuidado su madre, que interpreta este síntoma como una forma de “escaquearse” de la escuela.

d. Perspectiva estructural

Siguiendo el esquema del Dr. Manzano de evaluación del estado mental, analizamos a continuación los siguientes parámetros:

i. Impresión General

K muestra durante las entrevistas un aspecto serio, cansado, con una evidente lentitud motriz. Destaca, igualmente, su baja expresividad emocional, con un pobre, aunque congruente, registro gestual, y que contrasta llamativamente con la sobre-expresividad materna. Esto último puede tener una doble interpretación: desde lo vincular evitativo por parte del niño, y desde lo transcultural, donde la calidad en la expresividad emocional adquiere una dimensión diferencial en los géneros masculino-femenino. Ambos aspectos se analizarán en siguientes epígrafes.

ii. Relación de Objeto

1. *Relación con el terapeuta:* Durante la entrevista a solas, la actitud es de cierta indiferencia, incluso de desprecio, que impresiona de defensivo, en algún momento, al proponerle alguna actividad o, particularmente, al abordar temáticas emocionales, expresando abiertamente su aburrimiento. No obstante, esta actitud no

impresiona de desafiante o instrumentalizadora per se, sino más bien de un mecanismo defensivo, dado que enseguida colabora y se muestra deseoso de complacer y ser admirado, aportando, por ejemplo, detalles en que hace un despliegue de sus conocimientos, se interesa por los objetos de la consulta, preocupado por la caligrafía y meticoloso en la ejecución de los dibujos...

2. *Relación con las figuras investidas: Describe a sus padres como abnegados y sufrientes cuidadores de él y de su hermana, entre agradecido y culpabilizado por la carga que les supone, recogiendo así el discurso de la madre. De ellos dice: "No son malos, a veces invitan a mis amigos a comer, me dejan ir a muchas actividades extraescolares", (en el dibujo de la familia) "mamá es la más buena porque me ayuda a los deberes y a muchas cosas; papá y mamá no pueden hacer nada malo porque siempre están encima de nosotros". Escoge a sus padres en el test de la pareja. Le pone triste "que se peleen a veces muchas veces", aunque la madre refiere que nunca discuten delante de los niños porque les desea una vida tranquila. K explica cómo es la relación con su madre: "me hace caso y a veces me regaña porque me porto mal". La madre describe la relación que tiene el hijo con ella como de cierta indiferencia o despotismo, aunque K se vive a sí mismo como el malo del binomio y se preocupa por la que pensará su madre "si ve la caligrafía tan mala que he hecho en los dibujos me va a regañar". Es la primera figura que pinta en el dibujo de la familia y en el de la pareja, pintándola en este último en actitud rígida y sin manos ni pies. De su padre dice: "Grita porque tiene mucho trabajo". En varias historias que adjunta a los dibujos, expone las dificultades en la relación con el padre en base a su ausencia, que disculpa por su entrega al trabajo. Desvaloriza su figura en el dibujo de la pareja frente a la de su madre, incluso tras repetirlo porque "le había salido malo" (extremadamente pequeño). De su hermana explica que siempre llora cuando le regañan a*

él, y que le gustaría ser como ella “porque siempre me ayuda y viene corriendo”. En el dibujo de la familia se sitúa al lado de ella y alejado de sus padres.

3. *Concepción del self:* No tiene un concepto integrado de sí mismo, le resulta difícil definirse pero lo hace en términos contradictorios, estableciendo comparaciones con su padre: “No soy tan nervioso como papá, pero me enfado mucho”, (y más tarde) “soy tranquilo, no me enfado cuando me insultan”, “casi siempre no termino las cosas, en música no me sale muy bien la escala, pero cuando estoy cantando no me sale bien”, “me gusta la música, mis padres son buenos porque me dejan ir, pero salgo muy cansado a veces”. De los chicos del cole dice que se lleva bien con todos y que no hay problemas, pero a continuación describe a sus mejores amigos como “los únicos que hablan y juegan conmigo, cuando nadie me habla”. A pesar de la devaluación que se desprende del contenido del discurso, no se reconoce emocionalmente como tal al preguntarle directamente, le cuesta reconocer sus limitaciones, presentándose como grandioso “no tengo miedo a nada”, “podría trabajar de observador del medio ambiente, porque si el mundo sigue igual pues no podremos vivir en él y se acabará todo”. Desea que haya paz en el mundo y que todos sean amigos y rechaza el tercer deseo que se le propone. En el dibujo del árbol escribe: “Había una vez un niño que le gustaban los árboles y las flores y plantó una semilla. Al cabo de unos años se hizo fuerte grande como las personas y siempre le salían frutas”.
4. *Identificaciones:* Se pone de manifiesto la dificultad en las identificaciones, se compara espontáneamente con el padre asimilándose a él en los aspectos negativos, aunque más tarde se describe con atributos contrarios a aquel. Este proceso de identificación se puede estar viendo dificultado por los aspectos culturales: K rechaza o niega abiertamente todo lo que

tiene que ver con China, que experimenta como un castigo o un “fastidio”.

iii. Funciones del yo

1. *Autónomas*: Impresiona de buena capacidad intelectual y, a pesar del peor rendimiento académico en relación con la clínica, obtiene resultados buenos, acudiendo además a clases de música. Se expresa muy bien, con ritmo lento y monocorde, aunque mantiene un discurso focalizado en temas abstractos (el medio ambiente, la paz en el mundo, los sistemas de energías renovables...), aportando muchos detalles superfluos, siendo en cambio escueto y evitativo en temas relacionados con las emociones, relaciones interpersonales y culturalidad, por ejemplo. Los razonamientos en el plano abstracto y los referidos a temas inanimados, son altamente elaborados. En el desiderativo, por ejemplo, empieza escogiendo el objeto en el positivo y el negativo. No alteraciones formales del lenguaje ni del pensamiento. Los dibujos son esquemáticos y racionales, pobres en detalles y contenido, y solo en la tercera visita utiliza el color da a su producción mayor riqueza imaginativa. Cierta hipotonía generalizada, aunque mantiene una buena destreza manual.
2. *Test de realidad*: Conservado. Dificultad para expresar sus problemas.
3. *Mecanismos de defensa*: En el desiderativo se expresan angustias de ser destruido, roto o aplastado, de las que se defiende eligiendo utilizando en las catexias positivas objetos bonitos y útiles, que sirven a la gente. Utiliza el aislamiento afectivo, la formación reactiva “mis padres no son padres malos”, defensas maníacas, intelectualización...

iv. Afectos

Dificultad para reconocer y nombrar sus emociones. Controlado en la expresión de sus emociones, con un registro estrecho de gestos acompañantes, aunque conserva reactividad emocional, que es congruente con el discurso.

v. Pulsiones

Le cuesta expresar deseos, aficiones e interés por las cosas del entorno y de sí mismo. Acerca del futuro dice: “No es bueno tener un plan cerrado porque luego no sale bien”. En las catexias negativas del desiderativo expresa ansiedades de destrucción y agresivas.

vi. Superyó

Punitivo, se expone a sí mismo como una carga para sus padres. Temeroso de que le regañen y de no hacer bien las cosas. En las producciones trata de controlar y compensar las fantasías de destrucción. Se identifica con profesiones salvadoras.

e. Perspectiva social-relacional

Previamente a la clínica depresiva actual, establecía y mantenía relaciones sociales aunque a un nivel superficial, de no intimidad ni confianza. Se describe como igual a sus iguales, negando las diferencias obvias de su fisonomía.

f. Perspectiva desde la teoría del apego

En el caso que nos ocupa, es interesante hacer una aproximación desde la teoría del apego a la vinculación establecida con la madre y la posible doble vinculación con la cuidadora. Al final, hacemos algunas consideraciones sobre el tema de la maternidad compartida como nueva forma de crianza y sus particularidades.

i. Pinceladas teóricas a la teoría del apego

La teoría del apego enfatiza el rol crucial y formativo que desempeñan las experiencias tempranas, especialmente durante los dos primeros años de vida, en el desarrollo social y emocional del ser humano (Bowlby, 1969). A través de transacciones repetidas con las figuras de apego los niños conforman modelos operativos internos que incluyen representaciones mentales cognitivas sobre el comportamiento del self y del otro (Ainsworth, 1979). Estos modelos organizan el desarrollo de la personalidad y la regulación de los afectos y se repiten en las subsecuentes relaciones interpersonales (Levy, 2005). Las sepa-

raciones tempranas pueden reducir la probabilidad de que se desarrolle una relación segura (Bowlb, y 1973) cuando se asocian a “privación materna”, es decir, cuando la madre o sustituto parental es incapaz de darle al niño el grado necesario de respuesta amorosa, cuidado continuo y apoyo, de manera que éste pierde la confianza en la disponibilidad de su cuidador. La inseguridad en el apego conlleva ansiedades que requieren el uso de mecanismos defensivos cuyo uso persistente puede modelar la patología del carácter, aunque no parece que haya una relación unívoca con un trastorno de personalidad concreto (Fonagy, 1998). La respuesta empática del self-objeto facilita la formación de los límites entre el self y el otro, y el desarrollo del self corporal del niño (Mahler, 1975). Kohut explica en 1971 que la respuesta empática del self-objeto facilita el sentimiento de omnipotencia infantil que permite la idealización de las figuras parentales con las que el niño anhela fusionarse. Poco a poco el self-objeto aportaría experiencias suaves de frustración que favorecerían la moderación de la grandiosidad infantil. Todo esto lleva aparejado una difusión de la identidad, por la imposibilidad de integrar aspectos contradictorios (Erickson, 1956; Klein, 1940), y la construcción de un “falso self” similar a las categorizaciones de las personalidades narcisistas.

ii. Evaluación del patrón de apego de K

En la actualidad, los instrumentos de evaluación del apego en la edad escolar están poco validados y accesibles a la práctica clínica diaria. De especial atención es la Childhood Attachment Interview (CAI) desarrollada por el grupo de trabajo de Fonagy (Target; Fonagy, 2003). No obstante, a través de la clínica, y apoyándonos en el cuerpo teórico y las descripciones recogidas en la literatura al respecto, se puede hacer una aproximación a los patrones de apego en los escolares. Para ello se recogen de la anamnesis y sucesivas entrevistas clínicas, incluyendo las producciones verbales y no verbales del niño, datos que apunten a la posible constitución de un apego inseguro. Así, para la evaluación del tipo de apego en el

caso que nos ocupa, se recogieron datos de la anamnesis: Características de la separación del cuidador principal (parcial o completa, duración, edad del niño, causas materna/ del niño, cuidadores sustitutos y continuidad/consistencia entre los mismos), alteraciones perinatales, embarazo deseado (Kubicka, 2002), signos de alarma de vincular, clínica de ansiedad de separación, presencia de respuesta sensible en el cuidador (Marrone, 2001). Se hace un análisis de la dinámica familiar (triangulaciones, inversión de roles...). Se recogen datos a partir del lenguaje no verbal y afectivo (reacción a la separación...) y del lenguaje verbal (estilos de crianza, presencia de comunicaciones disfuncionales (Prugh y Harlow, 1963), y de la representación que cada progenitor tiene del niño. En la narrativa del paciente se valoran factores como coherencia, elaboración, expresividad emocional, capacidad de apoyarse en el otro y disponibilidad (Horowitz, 1986) e indicadores del mundo representacional del niño (integración de sentimientos contradictorios: Klein, 1940). Se describe el auto-concepto del niño y la capacidad de admitir sus limitaciones (Cassidy, 1988), capacidad de simbolización (Brererthon, 1979), y la capacidad de mentalización (Fonagy, 2002), capacidad de regular los afectos (Holmes, 1996). Los distintos patrones de apego privilegian unos mecanismos de defensa sobre otros, que se valorarán mediante test proyectivos como el desiderativo, y dibujos de la familia, pareja y árbol-casapersona (Siquier de Ocampo, 1974). Por último, se evaluará el patrón de relaciones interpersonales que establece K, utilizando como modelo en el caso de niños mayores la RSQ para adolescentes.

iii. Análisis del caso de K en base al esquema previo

Hacemos hincapié en completar datos previamente no descritos.

1. *Clínica*: Dolor abdominal funcional, aislamiento social y apatía de 8-9 meses de evolución.
2. *Anamnesis*: Hay algunos datos de riesgo para la constitución de un apego inseguro. El nacimiento es por cesárea, tras un embarazo deseado, con el antecede-

dente de depresión postparto psicótica en la primera hija y dos abortos previos al nacimiento de ésta. La madre sufrió una depresión postparto durante más de un mes, en que temía no poder hacerse cargo del hijo o incluso llegar a hacerle daño. Desde el nacimiento hasta los 7 años se queda a cargo de una cuidadora de edad avanzada y soltera durante unas 12 horas al día y a veces por las noches, de forma imprevisible. Existía poca consistencia y continuidad entre la madre y la cuidadora. Durante el primer año de vida cuando iba a recogerlo de casa de la cuidadora por la noche se quedaba llorando, lo que la madre, incapaz de dar una respuesta sensible al niño e interpretar este llanto nocturno como una forma de vincularse a ella, dado que no tenía acceso durante el día, la interpretaba como un rechazo. Se sentía desbordada, rechazada y cuestionada por esta “otra mamá”. Desde los primeros meses y hasta casi los tres años de vida, dadas las dificultades para mantener el sueño, K duerme en la cama de los padres. En los primeros meses de vida, además, sufre de un reflujo gastroesofágico que dificulta la introducción de los alimentos sólidos. Situación utilizada por la cuidadora para justificar el mantener una dieta con comida triturada a los niños. Progresivamente la rivalidad entre ambas cuidadoras fue incrementándose debido a las diferencias en los patrones de crianza, de manera que los niños empezaron a protestar cuando la madre iba a recogerles, se mostraban opositoristas en casa... La cuidadora al parecer favorecía conductas regresivas dificultando la autonomía de los niños en todas las áreas. Cuando K cuenta con unos 7 años, la madre decide prescindir de la cuidadora, por lo que la hermana se hace cargo del cuidado de K. Al principio la madre mantuvo las visitas de los niños a la cuidadora, que se hicieron cada vez menos frecuentes. En cuanto a la dinámica familiar, ya mencionada en otros apartados, los padres son inmigrantes, procedentes de cultura oriental con dificultades en integración social. Gran inconsistencia

entre los padres, con una conflictiva de pareja importante, el padre es frío y distante con los hijos, muy punitivo. La madre deja al padre al margen, es más cariñosa y protectora con ellos.

3. *Exploración*: Durante la primera entrevista el niño se muestra al margen, aburrido, con cierta indiferencia, evitando contacto ocular con la madre. La madre impresiona de estar deprimida y de ser muy ansiosa, centrando el discurso en las dificultades de la crianza, mostrándose triste y culpabilizada, a la vez que culpabiliza y se muestra crítica con el niño, haciendo atribuciones negativas de los síntomas: “He tenido que luchar con él como padre, pero ya no puedo más”. El padre se muestra decepcionado del hijo y la madre altamente exigente.
4. *Narrativa*: La madre describe a su hijo como: “Es muy mentiroso y muy lento, tengo que estar encima para todo, no hace caso de nada, esconde la comida en vez de tirarla, dice que le duele la tripa para no ir al colegio y luego yo me pongo tan tensa que me hago contracturas y tengo que ir al masajista para poder moverme”. El niño en su discurso se centra en temas como el medio ambiente, con baja implicación emocional, detalles superfluos de temas banales, poco colaborador. Describe a su padre como “con mucho nervio porque tiene trabajo” y a su madre como “buena, con mucha alergia, me hace caso en todo, a veces me regaña porque me porto mal, siempre encima nuestra”. Se describe a sí mismo como “tranquilo, no me enfado cuando me insultan, casi siempre no termino las cosas”. Dificultad para asumir sus propias limitaciones y conectar con sus sentimientos.
5. *Defensas movilizadas*: En el desiderativo elige objetos inanimados por su inalcanzabilidad y utilidad. Expresa ansiedades de ser dañado por los demás o de romperse. Es capaz de simbolizar y mentalizar, aunque los dibujos son poco elaborados, casi esquemáticos. En el dibujo de la familia mezcla distintos miembros de la

familia nuclear y extensa, con la misma importancia entre todos ellos. En la pareja elige a sus padres, que pinta de forma rígida y sin miembros, devaluando la figura del padre.

6. *Patrón de relaciones interpersonales*: Se relaciona poco en el colegio, aunque tiene dos amigos con los que mantiene relaciones superficiales.

iv. Tipo de apego y psicopatología

Tras el análisis del caso, podríamos hablar de un patrón de apego inseguro evitativo de K con su madre. Se ha producido una privación materna que ha conducido a la desconfianza en la disponibilidad del cuidador, por lo que el niño mantiene poco activados los patrones de apego, mostrando poca ansiedad durante la separación y claro desinterés durante el reencuentro. Se observa un estilo de crianza claramente crítico y poco empático en K, con ausencia de la figura paterna. En el apego evitativo se dan las siguientes características:

- En cuanto a la narrativa del paciente, da poca información sobre su historia o aporta detalles sobre situaciones difíciles sin entrar en contacto con las emociones, sin correspondencia entre memoria semántica y episódica.
- Hace descripciones negativas de sí mismos pero es reacio a admitir sus limitaciones.
- Utiliza defensas de autoprotección contra las emociones penosas porque no pueden tolerar su propio sentimiento de vulnerabilidad, como: aislamiento afectivo, formación reactiva, intelectualización e identificación proyectiva.
- En las relaciones interpersonales, las personas con apego evitativo afirman su propia independencia de los vínculos afectivos y organiza sus defensas para no buscar apoyo, empatía ni intimidad, tendiendo a intelectualizarlas.

Los resultados en este caso son consistentes con estudios previos, que hablan de una mayor prevalencia en el apego evitativo de patología introyectiva y psicósomática, así como de dificultades interpersonales y comportamiento

hostil en la adolescencia (Weinfeld), y síntomas disociativos entre los 17 y los 19 años (Ogawa), así como estilos de personalidad narcisistas o esquizoides (Blatt). Por otro lado, Cabaleiro defiende que siempre que aparece en la anamnesis formas de integración precoz, antes de los tres años, afectos depresivos importantes están presentes, y es lógico que así sea ya que es la separación-individuación el período evolutivo comprometido.

v. Apuntes sobre la “maternidad compartida”.

Los cambios sociales en la actualidad más reciente, como la incorporación de la mujer al mundo laboral y las necesidades derivadas de ello, han dado lugar a nuevas formas de crianza, algunas de las cuales implican separación materna y que también suponen una reactualización de las teorías del apego. La maternidad compartida es una forma especial de crianza en la cual las funciones maternas son compartidas entre la madre natural y otra mujer, generalmente del círculo familiar. La cesión sería una forma extrema de maternidad compartida que implica la entrega del niño a una de las figuras citadas de tal intensidad, que produciría un cambio en la vinculación materna en que la verdadera figura materna pasaría a ser la madre sustitutiva y cuya motivación incluiría, además de las racionales, las inconscientes de entrega del niño por una maternidad culpable (Rallo y cols, 1972)). La maternidad compartida, según García Castro (1990), en términos generales, puede considerarse caracterizada por tres momentos evolutivos: 1. *La motivación*: donación de la madre (por maternidad culpable u otras razones), apropiación de la receptora (por esterilidad, menopausia, etc.) y motivaciones mixtas apropiación-donación. 2. *La vivencia*: de doble vinculación con las dos figuras maternas o bien de cambio de vinculación y cesión. 3. *Las consecuencias*: benignas, con conservación de relaciones familiares relativamente adaptadas, o malignas creándose conflictos de rivalidad donante-receptora y otros. En el caso que nos ocupa, es interesante la doble vinculación que se establece entre el niño su madre y entre el niño y la cuidadora, y la relación de competencia que se

establece entre ambas. Ésta deviene en un sentimiento de culpa en la madre por el abandono de sus hijos, que coexiste con la rabia por el rechazo de éstos.

Desde esta dimensión, se plantea la necesidad de trabajo con esta madre posiblemente deprimida, derivándola posiblemente a tratamiento psicoterapéutico individual, y desde nuestra consulta favoreciendo el apoyo y refuerzo en su rol materno.

g. Perspectiva sistémica

Como se ha apuntado previamente, se ha establecido una dinámica familiar en la que la conflictiva de pareja ha derivado en una ausencia del padre y una posible parentalización de la hija mayor, que ejerce un rol de cuidadora para con el hermano. Es interesante la consideración transgeneracional, dado que la madre proviene de una familia con un patrón de relación con mayor expresividad emocional y más occidentalizada, mientras que el padre procede de una familia más tradicional, más rígida y estricta en los estilos de crianza. A esto se añade la posible patología de los padres en relación al duelo migratorio, que enlaza con el siguiente apartado. Desde esta perspectiva se hace necesario el trabajo de inclusión del padre en el abordaje psicoterapéutico.

h. Perspectiva transcultural

Los síndromes psiquiátricos con fenomenológicamente universal, pero su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales. Igualmente, la inmigración supone un factor de esto para el desarrollo de patología mental. Así, los valores culturales determinan la expresión de los síntomas de tipo depresivo, en relación con distintas valoraciones de la individualidad, del concepto de grupo y de la expresividad emocional. Las diferencias culturales inciden también sobre el sentimiento de culpa. Durante el período de adaptación a los acontecimientos estresantes que supone el proceso de inmigración tienen lugar diversas reacciones psicológicas que se expresan como ansiedad, depresión, obsesiones, hostilidad... Los síntomas ansioso-depresivos en el inmigrante pueden formar parte de lo que se ha dado en llamar el “duelo migratorio”, que posee unas características específicas que los diferencian de otros

duelos, como la parcialidad, la recurrencia y la multiplicidad. El duelo migratorio sería además transgeneracional, debido a las identificaciones que los hijos de inmigrantes efectúan con las figuras de los padres y al contacto e interiorización de las culturas de origen. Este duelo en “sucesivas generaciones” es aún más complejo que el de sus predecesores y explica los datos epidemiológicos que atribuyen un mayor índice de trastornos mentales, fundamentalmente de tipo ansioso-depresivo en los descendientes de inmigrantes de “primera generación”. La expresión del duelo en hijos de inmigrantes es cuantitativa y cualitativamente diferencial. La cultura influencia las dimensiones que caracterizan a la alexitimia, entendida como la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional. Así, algunas naciones se caracterizan por la expresión somática de las emociones, mientras que otras lo hacen por una expresión mental o psicológica.

i. Particularidades de la cultura tradicional china

En las culturas no occidentales la diferenciación entre síntomas físicos y sentimientos no está generalmente presente. Así, las asiáticas de tipo colectivista, enfatizan la existencia de un lenguaje somático para el dolor o malestar emocional. Tendrían una teoría implícita socio-somática de las emociones y la salud, que estaría muy desarrollada y con un lenguaje emocional rico, por ejemplo, aunque con una concepción diferente de la psicósomática occidental, que privilegia la faceta intrapsíquica de la emoción. En la cultura china, los roles sociales la pertenencia grupal constituyen la base de la identidad personal, así, la mayor parte de las características más salientes de la experiencia emocional son externas e interactivas. Este carácter relacional de la cultura china, así como el respeto hacia los individuos de mayor estatus social, enfatizan la expresión emocional sutil. Evitan imponer sus sentimientos a los otros y buscan mantener de esa maneja la armonía y la tranquilidad interpersonal y el orden social. Así, por ejemplo, se han descrito menos síntomas agresivos y menos conductas antisociales en niños y adolescentes en estos medios. Estas diferencias culturales adquieren peculiaridades especiales según sexos,

de manera que se considera a las mujeres las dadoras de apoyo emocional, mientras que se supone que los hombres encubren o disimulan su emocionalidad, con la excepción de las emociones de cólera, enfado o soberbia.

Nuestro caso ejemplifica fielmente esta problemática en la adaptación social, el duelo por el país, la cultura, la lengua, el aislamiento al verse desprendidos de la dimensión grupal, y las distintas vivencias de las emociones y concepciones en torno a la crianza de los hijos, la decepción del padre por un hijo que no ejerce la llamada "piedad filial". Por otro lado, el duelo transgeneracional se evidencia desde las primeras entrevistas con K, en el dibujo de la familia añade junto a su familia nuclear a unos primos que viven en Madrid, y escribe: "Mi familia son muchos más, pero están muy lejos de aquí". Explica que cuando le castigan en casa le hacen escribir caligrafía china, pero al confrontarlo directamente se muestra negador hacia todo lo que se relaciona con su cultura de origen. El objetivo terapéutico que se deduce de este enfoque sería la reconstrucción de la transmisión padres-hijos y el interés de trabajar la conflictualidad interna de los niños sometidos a un cierto grado de disociación entre filiación y afiliación.

TEST PROYECTIVOS

DIBUJO LIBRE DE K



TEST DE LA PAREJA DE K



DIBUJO DE LA FAMILIA DE K



IMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO

Un análisis pormenorizado del caso desde distintos enfoques teóricos, deviene en un mejor acercamiento a la realidad clínica del mismo y su abordaje psicoterapéutico.

Barudy: «La construcción del apego materno-filial no es tan sólo una “historia de dos”, sino una “historia de muchos”. Así pues, “la calidad del apego no depende solamente de las capacidades de la madre. El contexto social es muy importante en el proceso de establecimiento y mantenimiento del apego. Por tanto, el objetivo terapéutico debe ser en muchos casos la creación de espacios de apoyo y reconstrucción de los vínculos intra-familiares».

BIBLIOGRAFÍA

Barudy, J. y Marquebreucq, A.P. (2005) *Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Madrid. Gedisa, 2006.

Botton Beja, Flora. *Mujeres, maternidad y amor materno en China tradicional. Estudios de Asia y África*, mayo-agosto, año/ vol. XXXVIII, número 002. Pp. 345-364.

Cabaleiro Fabeiro F. (1993) Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil. Revista: 15-16*.

Chattás, Alberto J. *Estilos de crianza*. PRONAP 2004-módulo 2. Pp.44-66.

García Castro E. (1990). *Variantes del vínculo materno-filial: La maternidad compartida*.

Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego: Un Enfoque Actual*. Madrid: Psimática.

Martínez Moneo, Martínez Larrea. (2006) *Patología psiquiátrica en el inmigrante*. Migration and psychiatric diseases. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Volumen 29. Suplemento 1.

Moró, Marie R. (2004) ¿Por qué crear dispositivos específicos para los inmigrantes y sus niños? La experiencia francesa. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. Número 4.

Normas de publicación. Instrucciones para el envío de originales

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 los 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 trabajos no podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales. En casos puntuales el Comité de Redacción podrá valorar la reedición de artículos de interés.
2. Para la publicación tanto de originales como de Notas clínicas y Comunicaciones, el Consejo de Redacción tendrá en cuenta su valor científico y se reserva el derecho de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación.
3. La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerán 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.
4. Los artículos serán revisados por el Comité de redacción y por los evaluadores externos, quienes emitirán un informe sobre la conveniencia de su publicación.

5. Los originales se presentarán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel tamaño DIN A-4, sin correcciones a mano y con las páginas numeradas.
6. Se deberá de enviar, además, el fichero que contenga el original con texto, gráfico y tablas en formato word, rtf, bien vía mail o en disquette.
7. Al original ha de acompañarle: Una carátula en la que conste:
A) El título, el nombre del autor/es, entidad (centro de trabajo), dirección de correspondencia (postal y/o e-mail) para ser publicada a pie de página. B) Número de teléfono, fax o e-mail para facilitar una comunicación fluida entre los autores y la revista. C) Título del artículo en castellano y en inglés y un resumen del artículo en castellano e inglés de no más de 150 palabras. D) Entre 3 y 5 Palabras Clave en castellano y en inglés que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo.
8. Las figuras, dibujos, gráficos y tablas se presentarán una en cada hoja respetando las siguientes reglas: A) En el reverso indicar el nombre del autor/es, título del trabajo y fecha. B) Tamaño de 7 ó 14 centímetros de base. C) Altura máxima de 20 centímetros. D) Pie de gráfico, dibujo, figura o tabla en castellano e inglés.
9. El uso de notas será a pie de página y se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.
10. Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association), entre las que recordamos:
 - Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación (Ej. Freud, 1900a, 1900b).
 - Las citas bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales de 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.

Ej.: Lebovici, S. y Soulé M. (1973). El conocimiento del niño a través del psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica (Orig. 1970).

- 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; el título del libro en cursiva y entre paréntesis la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

Ej.: Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.) Manual de psicología patológica (pp. 43-81). Barcelona: Toray-Masson (Org. 1975).

- 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.

Ej.: Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 19/20, 5-24.

11. Envío de trabajos y disquettes: Los trabajos deberán remitirse a: Manuel Hernanz Ruiz - c/. Heros, 19-6^o D - 48009 Bilbao, o mhernanz@correo.cop.es, enviándose a vuelta de correo confirmación de la recepción.
12. Los autores recibirán un ejemplar de la revista cuando sea publicada su aportación.

