

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

N.º 65
1º semestre

2018

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

ISSN: 1575-5967



Cuadernos de Psiquiatría
y Psicoterapia del Niño
y del Adolescente

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

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

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

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

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

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

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

COMITÉ ASESOR

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

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

INDICE:

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

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

Impresión: Sorles, Leon

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

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

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

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

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

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

Sistema de selección de los originales:

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

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

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

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

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

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

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

Encarni Garrán**

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

El marco es el siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

Estamos especialmente atentos a los temas descritos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una madre le decía a otra entre risas hablando de las

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

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

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

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

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

CÓMO TRABAJAMOS Y EN QUÉ NOS BASAMOS

TRABAJO CON LOS PADRES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Muy poca comunicación visual, muy poco lenguaje.

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

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

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

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

autonomía por lo que era importante finalizar la lactancia.

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

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

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

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

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

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

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

“¡¡Cómo voy a hacerle eso!!”

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

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

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

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

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

la abuela materna.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NUESTRO TRABAJO CON LOS NIÑOS

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

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

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

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

(Primera inscripción bruta de la experiencia.)

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

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

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

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

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

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

En vez de evacuarlo lo hemos hecho nuestro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Roussillon concluye a propósito de la Simbolización Primaria subrayando como

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

LA SIMBOLIZACIÓN SECUNDARIA

Se produce la metabolización del lenguaje en representaciones-palabra

Siendo el registro auditivo el más importante en este momento.

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

Escena 1º Del ruido al sonido

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

Primera entrevista con la madre y el niño.

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

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

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

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

Tranquilizo a la madre e intento observar al niño.

Qué encuentra en el tirar?

Busca que el objeto se desplace?

Busca el ruido que produce?

Ambos?

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

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

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

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

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

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

Escena 2º El cuerpo y sus partes

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

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

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

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

¿Qué ha ocurrido?

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

Nuestra reflexión:

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

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

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

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

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

Escena3º La re-representación del acto de nacer

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

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

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

Pienso en el vientre materno y el estado fetal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le digo que tenemos tiempo, no hay prisa.

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

CONCLUSIONES

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

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

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

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

