

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

CONSUELO ALONSO
MARIE ROSE MORO
ALAIN BRACONNIER
ADELA ABELLA

PAUL DENIS

AGUSTÍN BÉJAR

CARMEN MARCOS
Y LUZ M.^a CÓRCOLES
FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO

EULALIA TORRAS DE BEA

ALEJANDRA TABORDA

JOSÉ LUIS GONZALO MARRODÁN

JUAN LARBAN VERA

- Abordaje terapéutico con familias adoptantes
- Parentalidad y diversidad cultural
- La adolescencia hoy: ¿el fin del desarrollo?
- Nuevos modos de crianza y la contratransferencia en la psicoterapia de adolescentes
- *Debate con los ponentes: Adela Abella y Alain Braconnier*
- Entre familia y parentalidad: algunas consecuencias de las discontinuidades relacionales
- *Debate final con todos los ponentes*
- Los lugares de la madre (el trabajo en red de seguimiento terapéutico de niños institucionalizados)
- Un lugar para crecer: de lo ideal a la posible
- Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia
- Investigaciones sobre el desarrollo cerebral y emocional: sus indicativos en relación a la crianza
- Trabajo con imágenes en proceso diagnóstico de niños
- La relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños crónicamente traumatizados
- El modelo comunitario de atención a la salud mental "continente y contenido"

N.º 49 - 2010

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Abella, Adela

Alonso, Consuelo

Béjar, Agustín

Braconnier, Alain

Córcoles, Luz M.^a

Denis, Paul

González Serrano, Fernando

Gonzalo Marrodán, José Luis

Larban Vera, Juan

Marcos, Carmen

Moro, Marie Rose

Taborda, Alejandra

Torras de Bea, Eulalia

N.º 49
1.º semestre

2010

XXII Congreso Nacional de SEPYPNA
"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



SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE



SEPYPNA

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

CONSUELO ALONSO	Abordaje terapéutico con familias adoptantes	5
MARIE ROSE MORO	Parentalidad y diversidad cultural	27
ALAIN BRACONNIER	La adolescencia hoy: ¿el fin del desarrollo?... ..	39
ADELA ABELLA	Nuevos modos de crianza y la contratransferencia en la psicoterapia de adolescentes.....	49
	<i>Debate con los ponentes:</i> <i>Adela Abella y Alain Braconnier</i>	69
PAUL DENIS	Entre familia y parentalidad: algunas consecuencias de las discontinuidades relacionales.....	79
	<i>Debate final con todos los ponentes.....</i>	91
AGUSTÍN BÉJAR	Los lugares de la madre (el trabajo en red de seguimiento terapéutico de niños institucionalizados).....	101
CARMEN MARCOS Y LUZ M.^a CÓRCOLES	Un lugar para crecer: de lo ideal a la posible	115
FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO	Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia	133
EULALIA TORRAS DE BEA	Investigaciones sobre el desarrollo cerebral y emocional: sus indicativos en relación a la crianza.....	153
ALEJANDRA TABORDA	Trabajo con imágenes en proceso diagnóstico de niños.....	173
JOSÉ LUIS GONZALO MARRODÁN	La relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños crónicamente traumatizados	187
JUAN LARBAN VERA	El modelo comunitario de atención a la salud mental “continente y contenido”	205

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)

ABORDAJE TERAPÉUTICO CON FAMILIAS ADOPTANTES*

Consuelo Alonso**

RESUMEN

La **adopción** como medida de protección a la infancia y el marco legislativo vigente. Diferenciación de los procesos seguidos en **adopción nacional e internacional** atendiendo a:

- La situación de los niños y niñas adoptados y sus familias biológicas.
- Fases seguidas por las familias adoptantes (Información, formación, valoración psicosocial, asignación, adopción y seguimientos post-adoptivos).
- Intervención de la entidad de protección a la infancia en los procesos adoptivos.
- Constitución de la adopción mediante auto judicial.

La adopción en **Bizkaia**. Datos.

ABSTRACT

Adoption as a measure to protect children and its current legal framework. Existing differences between national adoption procedures and international ones according to the following:

- The particular situation faced by the adopted children and their biological families.

* Taller presentado 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.

** Socióloga. Jefe del Servicio de Infancia de la Diputación Foral de Bizkaia.

- The different stages which potential adoptive families have to complete; that is, information, training, psychosocial assessment, matching and post-adoption monitoring.
 - The Child Welfare Department's involvement in the process of adoption.
 - The adoption requires the sanction of the judge to become effective
- Adoption in **Biscay**. Facts and figures.

INTRODUCCIÓN

La adopción dentro de nuestro marco legislativo se presenta como una medida de protección a la infancia. Así el libro primero del código civil, título VII de las relaciones paterno-filiales, en su capítulo V se titula de la adopción y otras formas de protección de menores, desarrollando específicamente la adopción en la sección segunda de dicho capítulo en los Art. 175 al 180.

En este contexto, definiríamos la adopción como una institución de derecho de familia mediante la cual una persona se integra plenamente en la vida de familia de otra persona/s, con los mismos efectos que produce la filiación biológica, extinguiéndose los vínculos jurídicos que el/la menor tenía con la familia anterior.

En esta definición no se tiene en cuenta la posibilidad de que tanto adoptantes como adoptandos puedan tener un elemento de extranjería derivado de su nacionalidad, lo que ocurre en todos los casos de la denominada "adopción internacional" por ello la **Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción internacional en el punto 2 del Art. 1 define:**

"Se entiende por *adopción internacional* el vínculo jurídico de filiación que presenta un elemento extranjero derivado de la nacionalidad o de la residencia habitual de adoptantes o adoptandos."

De todo lo expuesto cabe deducir la realidad de dos procesos de adopción, de un lado, la adopción nacional o adopción de menores al amparo de las instituciones de protección

a la infancia (en este Territorio Histórico esta institución es la Diputación Foral de Bizkaia) y de otro la adopción internacional, en la que mayoritariamente, son adoptados menores procedentes de otros países que se encuentran bajo la protección de las instituciones competentes en sus lugares de origen, siguiendo los procedimientos establecidos en sus legislaciones.

Los procedimientos seguidos por las instituciones de protección difieren en algún momento del itinerario seguido en ambos casos, ya que en la adopción nacional todos los elementos que en la misma intervienen se encuentran dentro de su ámbito de actuación (niños/as, familia de origen, familia adoptante, juzgado etc.). Mientras que en el proceso de la adopción internacional esta institución de protección desconoce a los niños, sus familias de origen, incluso al juzgado donde se realiza la propuesta de adopción, siendo la relación principal en el inicio del proceso la que se establece con la familia adoptante y posteriormente con el niño, una vez concluida la adopción, en la realización de los seguimientos post-adoptivos.

Podríamos establecer cinco sujetos que intervienen en los procesos de adopción, el niño o niña, su familia biológica, la institución de protección a la infancia, la familia adoptante y el juzgado al que corresponde su constitución, debiendo ser el principal y central el niño o niña para el que propone y adopta esta medida atendiendo a su interés superior.

PROCESOS EN LA ADOPCIÓN

a) En relación al niño o niña y a su familia biológica

El Servicio de Infancia, como institución competente en materia de protección a la infancia, establece las medidas de protección más adecuadas para aquellos menores que se encuentran bajo su guarda o tutela. Algunos de estos niños son abandonados directamente por sus padres en el momento de su nacimiento, dando su asentimiento para la adopción de sus hijos. En estos supuestos la institución asume la tutela del bebé, y ejerce la guarda del menor mediante un acogimiento pre-adoptivo instando al juez la propuesta de adopción en un breve espacio de tiempo (poca más de un mes).

Sin embargo, hay otros menores que son separados de sus padres al encontrarse en situación de desamparo.

Se considera situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del **incumplimiento, imposible o inadecuado** ejercicio de los deberes de protección establecidos para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

Imposible: Orfandad, prisión de ambos padres, enfermedad incapacitante, etc.

Incumplimiento: No reconocimiento del hijo, abandono total en manos de otras personas, etc.

Inadecuado:

- Maltrato físico: Acción no accidental por parte de los padres que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo.
- Abandono físico:
 - Alimentación inadecuada.
 - Vestido no acorde con el tiempo atmosférico.
 - Falta de higiene.
 - Ausencia o retraso en la atención médica.
 - Falta de supervisión y vigilancia del adulto.
 - Condiciones higiénicas y de seguridad en el hogar.
 - Absentismo escolar.
- Maltrato y abandono emocional: rechazo, insultos, amenazas de abandono, aislamiento, ignorar, falta de estímulos, presencia de violencia doméstica, incitación o permisividad de conductas inadaptadas, sobreprotección grave, etc.
- Abuso sexual, etc.

En estas situaciones de grave riesgo o desamparo el primer objetivo del Servicio de Infancia es la preservación familiar, para lo que se implementan programas de intervención encaminados a ello. Cuando no es posible esta preservación, se establecen separaciones temporales junto a programas dirigidos a la reunificación familiar. Sin embargo, no siempre se consigue dándose circunstancias en las que la medida más adecuada para un niño o niña es la adopción.

El Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil de la Diputación Foral de Bizkaia establece unos criterios para la adopción de esta medida:

- Imposibilidad de reinserción familiar (intentos fallidos, continúan las situaciones dañosas para el niño o la niña, situación familiar irreversible).
- La familia extensa no quiere, no puede o no son aptos para el cuidado del menor.
- Larga institucionalización sin contactos o escasos contactos con la familia de origen.
- Manifiesta su deseo de ser adoptado.
- Consentimiento paterno a la adopción.
- Motivos de estar incursos en situación de privación de patria potestad.
- Corta edad del niño que aconsejan su inmediata integración familiar.

En estos supuestos, es necesario que estos menores se encuentren en situación de adoptabilidad, es decir, o que bien los padres estén de acuerdo con la adopción, o que estén privados de patria potestad o incursos en causa legal para tal privación. Sólo en estos casos es posible que la institución de protección inste ante el juzgado la adopción del menor por parte de la familia adoptante.

En relación a la patria potestad indicar que es un deber de los padres con respecto a sus hijos.

La patria potestad se ejerce siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a su integridad física y psicológica.

Esta potestad comprende los siguientes deberes y facultades:

- Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
- Representarlos y administrar sus bienes.

El padre o la madre podrán ser privados total o parcialmente de su potestad por sentencia fundada en el incumplimiento de los deberes inherentes a la misma o dictada en causa criminal o matrimonial. La patria potestad puede ser recuperada

nuevamente si cesan las causas que motivaron la privación, pero nunca si el hijo o hija ha sido adoptado.

b) En relación a la familia adoptante

Para iniciar una adopción es necesaria la propuesta previa de la entidad pública a favor del adoptante(es) que dicha entidad haya declarado idóneos para el ejercicio de la patria potestad.

Todas las familias que se acercan al Servicio de Infancia a interesarse por la adopción, inicialmente asisten a una sesión informativa diferenciada (adopción nacional o internacional). Tras esta sesión y si deciden continuar con el proceso es obligatoria la asistencia a cursos de formación donde se trabaja entre otros los siguientes aspectos:

- Motivaciones para la adopción. Mitos comunes y creencias erróneas sobre la adopción. Características de los niños y niñas que esperan ser adoptados. Vivencias, satisfacciones y preocupaciones de quienes han adoptado.
- Preparar la llegada y facilitar la adaptación.
- La tarea de educar.
- La comunicación sobre el hecho adoptivo. Comunicación de información especialmente dolorosa, búsqueda de orígenes.
- Reconociendo y aceptando las diferencias.

Estos cursos pretenden ser un espacio de reflexión, donde se proporcione una visión realista de la adopción, que sirva a las familias para realizar una auto evaluación y ayude a definir mejor el ofrecimiento.

La obligatoriedad de esta formación, en la Comunidad Autónoma del País Vasco ha quedado recogida en el DECRETO 114/2008, DE 17 DE JUNIO, por el que se regula el procedimiento de actuación que deberán seguir las diputaciones forales en materia de adopción de personas menores de edad, hasta ese momento no se realizaba esta formación, y en opinión no solo de los técnicos, sino también de las familias, al menos así lo señalan las encuestas de evaluación de los cursos, ha sido una de las grandes aportaciones realizadas en la mejora del proceso adoptivo.

Concluida la fase formativa, las familias que deciden continuar el proceso se ofrecen para la adopción, en los supuestos de adopción nacional o bien solicitan el certificado de idoneidad en el caso de la adopción internacional. En el proceso de adopción nacional las valoraciones de idoneidad se realizan en la medida que haya niños y niñas susceptibles de esta medida de protección.

En cualquier caso, la **valoración psicosocial para la obtención del certificado de idoneidad** es una fase importante del proceso que genera incertidumbre y ansiedad en las familias solicitantes de adopción.

Generalmente para la realización de estas valoraciones se han venido usando, por los equipos profesionales de las distintas Comunidades Autónomas, instrumentos centrados en la valoración de los rasgos psicológicos y sociales de los solicitantes, existiendo una falta de conexión entre la valoración de idoneidad y la fase previa de formación, en muchos casos por inexistencia de la misma.

En este sentido, y por encargo del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, mediante convenio suscrito con la Universidad de Sevilla, el catedrático Don Jesús Palacios ha realizado un manual para intervenciones profesionales en adopción internacional, (valoración de idoneidad, asignación de menores a familias y seguimiento post-adoptivo) (año 2007) donde se presenta un modelo de intervención profesional en adopción internacional, totalmente aplicable a la adopción nacional, centrado en las necesidades de los niños y niñas adoptados, así como en las capacidades de los adoptantes para responder a ellas.

Se han identificado tres grandes grupos de necesidades infantiles, y cuatro grandes grupos de las capacidades adultas necesarias para responder adecuadamente a las necesidades infantiles en adopción. Se adjuntan cuadros de las mismas (Anexo I).

Este modelo se está implantando progresivamente en los distintos Servicios de Protección a la Infancia de las distintas Comunidades Autónomas, con la pretensión de dar una coherencia al conjunto de las intervenciones profesionales en todas

las fases del proceso adoptivo (información, formación, valoración y seguimiento post-adoptivo).

Junto a los instrumentos técnicos indicados, el DECRETO 114/2008, de 17 de junio, por el que se regula el procedimiento de actuación que deberán seguir las Diputaciones Forales en materia de adopción de personas menores de edad, en su Art. 11 y 12 establece, respectivamente, los requisitos de idoneidad y los criterios de valoración aplicables en la Comunidad Autónoma del País Vasco. (ANEXO II).

La valoración finaliza con la emisión del correspondiente certificado de idoneidad, que tiene una vigencia de tres años, o de no idoneidad. Ambas resoluciones administrativas pueden ser recurridas en instancia judicial.

Una vez emitido el correspondiente certificado de idoneidad, en los procesos de adopción internacional, el expediente elaborado es enviado al país elegido por los solicitantes para su tramitación. Ésta puede realizarse bien por vía “pública”, envío a través de valija diplomática al país, o bien a través de las Entidades Colaboradoras de Adopción Internacional (ECAI), que son organismos acreditados en ambos países para la tramitación de expedientes de adopción internacional. La vía de tramitación dependerá del país, ya que los hay que únicamente admiten tramitación por ECAI, otros solamente vía pública, algunos las dos posibilidades, y de la elección de las familias, etc.

Asignación de niños y niñas a familias adoptante

Es sin duda uno de los momentos clave en el proceso de adopción, pero muy diferente en adopción nacional o en internacional.

En la primera, los técnicos disponen de información suficiente sobre el niño o la niña ya que es un menor dependiente de la institución de protección, y si bien en muchos casos la información necesaria no está sistematizada, existe posibilidad de acceder a la misma. Además, la familia ha sido formada y valorada por la institución, lo que facilita el conocimiento de sus capacidades.

Sin embargo, no ocurre lo mismo en la adopción internacional, la información de que se dispone sobre el menor suele

ser muy escasa, llegando a situaciones en las que lo único conocido es el sexo, edad y salud (no siempre fiables estos últimos), lo que dificulta enormemente la asignación.

En definitiva, la asignación tendrá un mayor acierto cuanto más rica sea la información de que se disponga tanto de las características y necesidades de los niños y niñas, como de las características y capacidades de las familias adoptivas.

En la adopción nacional, una vez producida la asignación, se inicia un periodo de acogimiento familiar que es valorado técnicamente, llevando la propuesta de adopción al juzgado siempre que esté siendo beneficioso para el menor. Es el juez quien mediante auto judicial constituye la adopción.

En el proceso de adopción internacional, la misma se produce, en la mayor parte de los casos, mediante auto judicial emitido por el juzgado del país de origen del menor, y los tiempos de conocimiento y convivencia con el menor son realmente escasos o inexistentes. Únicamente en los supuestos de adopciones simples, (Ej.: India, Guatemala) los menores vienen con su familia adoptante al país de estos últimos y la adopción plena se constituye en dicho país, con lo cual el tiempo de acoplamiento entre la familia y el menor es más amplio, si bien ¿qué ocurriría si este periodo no está siendo beneficioso para el menor, o se produce la ruptura de la adopción? Necesariamente la entidad pública de protección tendría que tutelar al menor y ofrecerle la medida de protección más adecuada a su nueva situación.

Por último, tal y como establecen los distintos países de origen de los niños y niñas adoptados, así como la legislación en la Comunidad Autónoma del País Vasco, se impone el seguimiento post-adoptivo de gran importancia para la detección de las dificultades, y para el asesoramiento a las familias en la búsqueda de soluciones.

Las investigaciones realizadas indican que en muchas de las adopciones que han acabado en ruptura, ya se habían detectado problemas en los seguimientos posteriores a la adopción. De ahí la importancia de la detección y de la derivación a los servicios post-adoptivos para intervenir desde el primer momento en estas dificultades.

No obstante, esta fase de seguimiento no es vivida por muchas familias adoptivas como una ayuda, principalmente en la adopción internacional, ya que lo perciben como una forma de control o como el mero cumplimiento de un requisito que exige el país de origen del niño o niña adoptado.

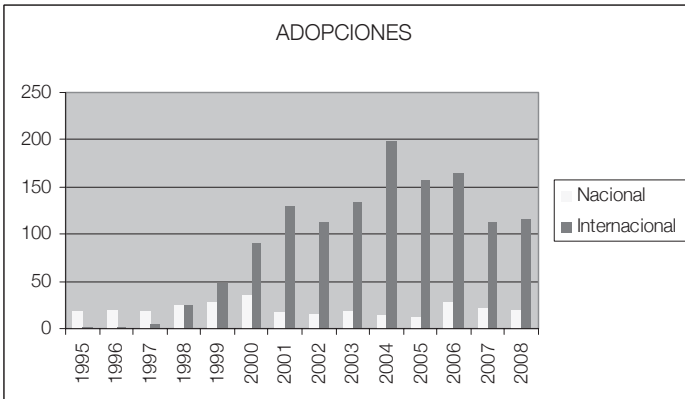
Para finalizar, hacer referencia a la necesidad de implantación de servicios postadoptivos, destinados al apoyo a las dificultades surgidas en la familias y en los menores adoptados. En este sentido, desde septiembre de 2009 el Departamento de Acción Social cuenta con un programa específico de apoyo a la adopción, contratado con una empresa externa, con tres áreas específicas de intervención:

- Área de información y formación, destinada a familias adoptiva, menores adoptados y profesionales.
- Área de orientación e intervención individual y/o familiar, atendiendo las necesidades de orientación e intervención, por parte de los profesionales del programa de apoyo a la adopción, de los usuarios del servicio cuyos problemas o situaciones de crisis estén relacionadas con su condición adoptiva. Apoyo a los acogimientos cuyo fin es la adopción.
- Área de intervención con familias adoptivas, personas adoptadas y mediación con la familia biológica en procesos de búsqueda de orígenes.

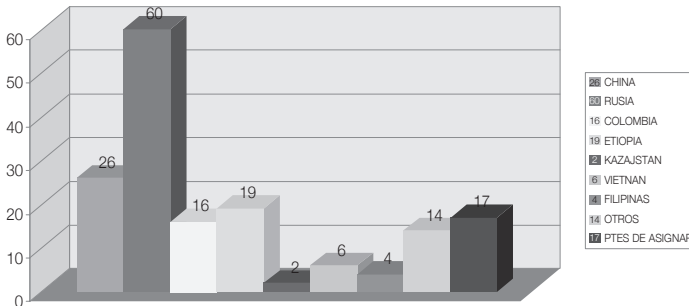
c) La adopción en Bizkaia. Datos

FALTA GRÁFICO

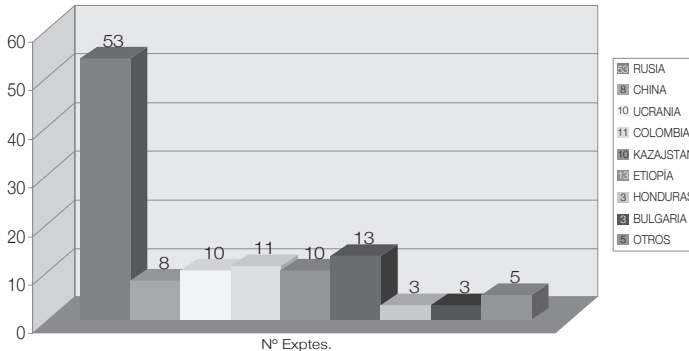
Adopción internacional



Solicitudes recibidas año 2008 por países. Total 164



Número total de niños adoptados año 2008: 116



ANEXO I

(Fuente: *Manual para intervenciones profesionales en adopción internacional*. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte)

NECESIDADES INFANTILES EN ADOPCIÓN

Relacionadas con el pasado

(privación, adversidad, separación):

- Problemas en el desarrollo físico y la salud, y con el establecimiento de hábitos y rutinas cotidianas (alimentación, sueño, higiene...)
- Dificultades en el desarrollo emocional y de la personalidad en función de:
 - Experiencias previas de maltrato, abandono, etc.
 - Experiencias adversas de vinculación.
 - Experiencias de relación y separación con respecto a la familia de origen (padres, abuelos, hermanos...), otras familiar y cuidadores, amigos...
 - Experiencias educativas y, en su caso, de institucionalización.
- Retrasos en el desarrollo psicomotor, lingüístico y cognitivo (control corporal, capacidades básicas de atención y comunicación, comprensión y producción del lenguaje, conceptos...).
- Dificultades en las relaciones con adultos y compañeros (formas aprendidas de relación que pueden ser problemáticas)
- En algunos casos, necesidad de mantener vínculos o contactos con hermanos (según se trate de adopción conjunta o separada)
- Forma en que se ha llevado a cabo la preparación para la adopción, la separación y el encuentro.

Relacionadas con la vinculación, la adaptación y la integración

- Necesidad de hacer frente de forma paulatina a los cambios:
 - De país, de entorno étnico, de lengua, de costumbres y rutinas.
 - En su caso, de la vida institucional a la vida familiar.

- Necesidad de un entorno familiar seguro, estable, afectuoso, estimulante del desarrollo y de la autonomía.
- Necesidad de vinculación afectiva con los adoptantes, sintiéndose querido y protegido.
 - Desarrollo de relaciones estables de apego seguro con los adoptantes.
 - Necesidad de respuestas sensibles, de aceptación incondicional, empáticas, pacientes.
 - Aprendizaje de la confianza, la seguridad y una visión positiva de uno mismo y de los demás.
- Necesidad de integración familiar, social y cultural.
 - Sentimiento de pertenencia a la familia nuclear y extensa.
 - Integración en el grupo de iguales y compañeros.
 - Integración cultural.
- Necesidad de aprendizaje de normas y desarrollo del autocontrol.
- Si los hubiera, necesidad de hacer frente a los problemas de conducta (como la hiperactividad, por ejemplo), a enfermedades o necesidades especiales.
- Necesidad de progresiva integración escolar y de hacer frente a posibles retrasos o dificultades derivadas de la adversidad inicial
- En su caso, necesidad de adaptación a una estructura familiar menos habitual (monoparentalidad, pareja del mismo sexo).
- En su caso, necesidad de ayuda especializada.

Relacionadas con la identidad adoptiva

- Necesidad de saber y conocer (respecto a sí mismo, la familia y la cultura de origen).
- Necesidad de entender, aceptar e integrar la historia personal y familiar pasada, las razones de su adopción, su historia de separaciones...
- Necesidad de entender la situación adoptiva como rasgo estable de su identidad y como conexión a dos familias.
- Necesidad de elaborar progresivamente los duelos y las preocupaciones respecto al pasado.

- Necesidad de respuestas sensibles a las reacciones de tristeza, nostalgia, incertidumbre...
- Necesidad de percibir respeto por su pasado y su cultura de origen.
- Necesidad de hacer frente a reacciones inadecuadas de otras personas (ante diferencias étnicas, ante la adopción...).
- Necesidad de percibir una actitud positiva y de apoyo en el proceso de búsqueda de orígenes.

CAPACIDADES NECESARIAS PARA RESPONDER ADECUADAMENTE A LAS NECESIDADES INFANTILES EN ADOPCIÓN

Relacionadas con la historia y las características personales y familiares

- Para hacer frente y asumir la propia historia personal:
 - Historia familiar propia, incluyendo relaciones con los padres, hermanos y otras personas significativas.
 - Historia de relaciones con compañeros, amigos...
 - Historia de relaciones de pareja.
 - Historia y estado actual de infertilidad, si procede.
 - Historia de separaciones y pérdidas personales (y capacidad para entender el significado e impacto de las pérdidas en otros).
- En su caso, para aceptar la infertilidad y haber resuelto adecuadamente la pérdida que supone.
- Para tener una visión realista de las propias características y capacidades, y, en su caso, de la pareja (puntos fuertes, puntos débiles).
- Para establecer relaciones de apego estables y seguras.
- Para hacer frente de forma madura, confiada y eficaz a la frustración, el estrés, los conflictos y las dificultades.
- Para adaptarse a los cambios y situaciones nuevas.
- Para ser capaz de posponer la gratificación de las necesidades, pudiendo trabajar por metas a largo plazo.
- Para establecer relaciones de apoyo, cooperación y ayuda mutua.

- Para pedir ayuda (pareja, amigos, familiares, profesionales) y para prestar ayuda a otros.
- (En el caso de parejas) Para relaciones de pareja estables y basadas en el afecto, la cooperación y la resolución satisfactoria de conflictos y dificultades.
- (En el caso de parejas) Para unas relaciones de pareja caracterizadas por la cohesión, la adaptabilidad, la interdependencia y la autonomía.
- (En el caso de parejas) Para una relación en la que la comunicación sea fluida y basada en la confianza, el afecto y el respeto.
- (En el caso de parejas) Para adoptar roles flexibles, con intercambio de papeles entre la madre y el padre.
- (En el caso de solicitantes homosexuales) Historia de identificación sexual y de resolución de conflictos personales y sociales a propósito de la orientación sexual.

Relacionadas con las condiciones y circunstancias de vida

- Capacidad para, en función de la edad y de la salud física y mental, ser capaz de responder a las necesidades del adoptado en su infancia, su adolescencia, su juventud y su madurez inicial.
- Capacidad económica para atender adecuadamente, en la actualidad y en el futuro, las necesidades derivadas de la crianza y la educación. Situación laboral pasada y presente.
- Características de la vivienda adecuadas para la crianza y la educación del adoptado o la adoptada:
 - Capacidad para adaptar la vivienda a la nueva configuración familiar.
 - Características del entorno de la vivienda y su adecuación a las necesidades actuales y de futuro del adoptado o la adoptada.
- Capacidad para anticipar y organizar los cambios laborales y de la vida cotidiana tras la adopción:
 - Previsiones para compatibilizar la vida laboral y la familiar.
 - Disponibilidad de tiempo habitual para la atención a las necesidades de todo tipo de la persona adoptada.

- Redes familiares, sociales y profesionales de apoyo:
 - Disponibilidad de familiares y amigos como fuentes de apoyo en la vida cotidiana.
 - Disponibilidad y acceso a profesionales relacionados con la infancia y la adolescencia en los ámbitos médico y psicológico.
- Si hay otros niños en el hogar:
 - Actitudes ante el proyecto de adopción.
 - Capacidades para la colaboración en el proceso de integración.
- Si hay otros familiares adultos en el hogar:
 - Actitudes en relación con el proyecto de adopción.
 - Capacidades educativas y coherencia con el estilos educativo de los adoptantes.

Relacionadas con el proyecto de adopción

- Para, individualmente y en su caso como pareja, tener un proyecto de adopción en el que prime el ejercicio de la maternidad y la paternidad, así como el compromiso incondicional con la crianza y la educación: motivación para la adopción.
- Para entender que en la adopción las necesidades de los adoptados deben tener prioridad sobre las de los adoptantes.
- Proyecto de adopción abierto y razonablemente flexible, sin rigidez pero sin disponibilidad absoluta para cualquier tipo de adopción por complicada que pueda ser.
- Para implicar adecuadamente al entorno familiar y social en el proyecto de adopción.
- Para aceptar la incertidumbre relacionada con el desconocimiento de buena parte de los antecedentes y las experiencias previas de quienes pueden ser adoptados.
- Para aceptar las diferencias respecto a las familias biológicas y la existencia de retos específicos en las familias adoptivas.
- Para comprender y aceptar que toda persona adoptada tiene una historia previa y una familia de origen que no desaparece para siempre de su mente.
- Para tener expectativas realistas y flexibles.

ANEXO II

DECRETO 114/2008, DE 17 DE JUNIO, POR EL QUE SE REGULA EL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN QUE DEBERÁN SEGUIR LAS DIPUTACIONES FORALES EN MATERIA DE ADOPCIÓN DE PERSONAS MENORES DE EDAD

Artículo 11. Requisitos de idoneidad

1. La valoración de la idoneidad de las personas interesadas en adoptar se realizará primando el interés superior de la niña, niño o adolescente sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.
2. Serán requisitos de idoneidad para la adopción de niños, niñas y adolescentes:
 - a) Disponer de medios de vida estables y suficientes.
 - b) Disfrutar de un estado de salud física y psíquica que no implique precisar de la atención de otra u otras personas o de ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal, y que garantice la atención normalizada de la niña, niño o adolescente.
 - c) En el caso de que las personas solicitantes acrediten que constituyen una unión matrimonial o de hecho, haber convivido de forma continuada durante dos años con anterioridad a la solicitud de declaración de idoneidad para una adopción internacional.
 - d) Llevar una vida familiar estable.
 - e) Disfrutar de un entorno familiar y social favorable a la integración del niño, niña o adolescente.
 - f) No existir en las historias personales de las personas solicitantes episodios que impliquen riesgo para la niña, niño o adolescente.
 - g) Mostrar flexibilidad en las actitudes y adaptabilidad a situaciones nuevas.
 - h) Respetar y aceptar la historia personal y familiar del niño, niña o adolescente.

- i) Mostrar una actitud positiva de colaboración y compromiso.
- j) Compartir entre todos los miembros de la unidad familiar una actitud favorable a la adopción.
- k) Contar el o los adoptantes con una edad que, previsiblemente, no pueda suponer una limitación para el conveniente desarrollo del adoptando.
- l) Manifestar una motivación a la adopción en la que prevalezcan el interés superior de la niña, niño o adolescente y la protección de sus derechos en orden a garantizar su desarrollo.

Artículo 12. Criterios de valoración de la idoneidad

1. Para la valoración de los requisitos establecidos en el artículo anterior se tendrán en cuenta los siguientes criterios:
 - a) Que dispongan de vivienda que reúna condiciones adecuadas de habitabilidad y posibilidad de acceso a los equipamientos comunitarios.
 - b) Que dispongan de medios de vida suficientes, para lo que deberán acreditar unos ingresos económicos anuales como mínimo equivalentes al Salario Mínimo Interprofesional (en adelante, SMI). Si la unidad convivencial de las personas adoptantes se compone de más de dos miembros, incluido el adoptando, a efectos de cálculo se incrementará esa cuantía en la cantidad equivalente a la cuarta parte del SMI por cada miembro de más.
 - c) Que las personas interesadas en adoptar y quienes con ellas convivan no presenten situaciones de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria que, por sus características o evolución, puedan dificultar la adecuada atención del niño, niña o adolescente o perjudicar su desarrollo mientras no alcance la mayoría de edad.
 - d) Que las personas que se ofrecen para la adopción presenten capacidad afectiva, madurez emocional y habilidades personales suficientes para desarrollar adecuadamente las funciones inherentes a la patria potestad.

Así mismo, deberán poseer actitudes, aptitudes y disponibilidad para la atención de la persona menor de edad en todos los órdenes, y tener en cuenta la necesaria corresponsabilidad de hombres y mujeres en el cuidado de las y los menores, y la necesidad de establecer relaciones familiares desde la igualdad.

- e) Que las personas interesadas en adoptar dispongan de habilidades personales para abordar las situaciones nuevas que se puedan producir como consecuencia de la relación con la niña, niño o adolescente.
- f) Que, en el caso de cónyuges o parejas unidas de forma permanente por relación de afectividad análoga a la conyugal, exista una voluntad compartida de cara a la adopción.
- g) Que existan en las personas que se ofrecen para la adopción motivaciones, actitudes y expectativas maduras y adecuadas para ello.
- h) Que las personas que vivan permanentemente con las interesadas en adoptar participen con ellas de las actitudes, capacidades, motivaciones y voluntad general para la adopción descritas en los apartados anteriores y mantengan con ellas una relación de convivencia positiva.
- i) Que las personas interesadas presenten aptitudes y disponibilidad para comprender y aceptar los hechos diferenciales de ser padre o madre adoptivos y capacidad para hacerles frente de manera adecuada.
- j) Que dispongan de comprensión y aceptación de las dificultades que entraña para una persona menor de edad su incorporación a una nueva familia mediante la adopción.
- k) Que exista una adecuada disposición para informar al niño, niña o adolescente acerca de su condición de adoptado/a, respetar sus diferencias étnicas, culturales y sociales, así como sus antecedentes personales y familiares, y aceptar cuando se considere necesario en atención a su interés, la relaciones con la familia biológica o con personas significativas de su vida.
- l) Que la integración social de las personas que desean adoptar y de aquellas que con ellos convivan sea

adecuada en los distintos órdenes, valorándose en su caso la existencia de apoyos externos en el entorno próximo o el apoyo social que puedan recibir por parte de la familia extensa u otros.

- m) Que tengan una actitud positiva y disponibilidad respecto a la formación para la adopción, orientación en el proceso de integración de la persona menor de edad y la familia y al seguimiento de la adopción.
- n) Que exista adecuación entre la edad de las personas interesadas y la de las personas menores de edad que aquéllas estén dispuestas a adoptar.

Siguiendo un criterio biológico normalizado, no deberá existir una diferencia de más de 44 años con entre la más joven de las personas solicitantes en el supuesto de parejas o la persona solicitante en caso de familias monoparentales y la persona menor de edad, en el momento de la declaración de idoneidad mediante la emisión del correspondiente certificado de idoneidad.

Esta diferencia podrá ser superior, a criterio del equipo técnico de la Diputación Foral y en aras del interés superior de la niña, niño o adolescente a adoptar, cuando se haga constar la disposición para adoptar a personas menores de edad con necesidades especiales, tal y como se definen en el artículo 5.

Cuando uno de los miembros de la pareja o la persona solicitante en el caso de solicitudes formuladas por familias monoparentales tenga una edad superior a 50 años, se valorará si la diferencia de edad en la pareja o la edad de la persona solicitante única puede suponer una limitación para el conveniente desarrollo de la persona menor, en cuyo caso se establecerá, siguiendo un criterio biológico normalizado, una edad mínima del niño, niña o adolescente a adoptar.

- ñ) Que las personas interesadas dispongan de una cobertura sanitaria adecuada.
2. En el proceso de valoración se tendrán igualmente en cuenta la concurrencia de alguna de las siguientes circunstancias en las personas que se ofrecen para la adopción, que

serán estimadas negativamente, pudiendo determinar, en su caso, en atención a su gravedad o intencionalidad, la declaración de no idoneidad o la suspensión del procedimiento, o bien, la emisión de resolución que deje sin efecto la idoneidad ya aprobada de producirse o conocerse con posterioridad; a saber:

- a) Que hayan ocultado o falseado datos relevantes para la valoración, sin perjuicio de las responsabilidades legales en que pudieran incurrir.
- b) Que condicionen la adopción a la presencia o ausencia de determinadas características físicas en la persona menor de edad, a su sexo, u a otra circunstancia personal o de procedencia socio-familiar de la misma.
- c) Que no observen las normas relativas a los procedimientos aplicables al respectivo expediente o incumplan las obligaciones que en su caso las mismas establezcan.
- d) Que no acepten a la persona menor de edad propuesta o asignada cuando ésta responda a las características para las que la idoneidad fue declarada en su día.

PARENTALIDAD Y DIVERSIDAD CULTURAL*

Marie Rose Moro**

RESUMEN

La manera en la que piensan los niños, sus necesidades, su desarrollo, influye en la manera en la que se les enseña tanto las cosas de la vida como las de la escuela. Examinamos aquí diferentes aspectos del conocimiento y sus consecuencias para la inscripción de los niños en la escuela. Tener en cuenta esta diversidad cultural es el desafío de la medicina y la escuela de hoy y de mañana.

Palabras clave: escuela, hijos de migrantes, diversidad cultural, medicina, clínica transcultural.

El niño nace con una cuna psíquica y cultural, que influye en las interacciones comportamentales, emocionales y fantasmales con su madre, con su padre, con sus hermanos y hermanas y progresivamente con el mundo. Crecer es un movimiento complejo que presupone que se haga simultáneamente la inscripción en su propia filiación y en sus afiliaciones aquí, plurales y mestizas. Por esto, partamos de la importancia de nuestra manera de pensar sobre niños y de la pluralidad de estos pensamientos.

* Taller presentado 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.

** Profesora de psiquiatría de la infancia y de la adolescencia, Universidad de Paris Descartes, Francia. Responsable del servicio de la Casa de los adolescentes de Cochin y del servicio de psicopatología del niño del hospital Avicenne, Bobigny, Francia (AP-HP). Directora de la revista transcultural *L'autre*. www.clinique-transculturelle.org. www.marierosemoro.fr. Email: marie-rose.moro@cch.aphp.fr

CÓMO SE FABRICA UN NIÑO

La manera en la que se piensa la naturaleza del niño, sus necesidades, sus esperas, sus enfermedades, las modalidades de educación y de cuidados, está determinada por la sociedad a la que se pertenece. Deveux (1968) ha contribuido ampliamente a demostrar este hecho. Su trabajo se alimenta de los estudios de antropólogos y médicos que han trabajado en las sociedades llamadas “tradicionales” y que están hoy en día en una situación de cambio acelerado. Además, Deveux durante mucho tiempo ha estado influido por el culturalismo americano en el que Mead (1930) es uno de sus representantes. Él es el primero en haber propuesto una formalización argumentada para articular de manera clara y precisa, por un lado, las representaciones de la naturaleza del niño, y por otro lado, su manera de crecer, de educarles y enseñarles, de enfermar y ser cuidados... Y, que la enfermedad sea somática o psíquica, ya que en las sociedades tradicionales, el cuerpo y la psique están íntimamente vinculadas al igual que el individuo está íntimamente vinculado a su grupo de pertenencia.

PENSAR AL NIÑO E INVERTIRLO ANTES QUE PERCIBIRLO

En 1968, Deveux realizó una conferencia donde demostraba el impacto de nuestro pensamiento cultural sobre el niño en nuestras maneras de ser y de hacer con él. El objetivo de este texto fue identificar la influencia sobre el pensamiento psicológico de la concepción cultural y psicológica que dos sociedades tradicionales hacen del niño: los Sedang del Sur de Vietnam y los Mojave de Estados Unidos). Más concretamente, demostraba, a través de estos dos ejemplos, que la forma en la que los adultos ven al niño, es decir: “(...) las ideas que ellos tienen de la naturaleza y del psiquismo del niño, determinan sus comportamientos frente al niño e, influyen en su desarrollo.” (Ibid, p.110).

Así, Deveux demuestra que la imagen que la sociedad tiene del niño y la experiencia vivida, determina influyendo sobre el pensamiento psicológico general de los miembros de la

sociedad, así mismo, juega sobre las modalidades de desarrollo y cuidado del niño. Esto se aplica también a las sociedades no occidentales y en consecuencia a nuestra propia sociedad donde las representaciones colectivas influyen ampliamente sobre la educación, la puericultura, la enseñanza, la asunción médica y social del niño e incluso el discurso de los medios de comunicación!

El sistema de representación del niño, se inscribe en el conjunto de representaciones que garantizan la coherencia del grupo. ¿Qué pasa entonces en la migración?

ALGUNOS DATOS DE INVESTIGACIÓN

De la casa a la escuela

Para los niños de edad escolar, no ha sido más que desde una época reciente que se han realizado grandes estudios epidemiológicos sobre los hijos de migrantes. Los datos encontrados son a menudo difíciles de comparar ya que de un autor al otro, las categorías utilizadas difieren (etnia, nacionalidad de los padres o los hijos, incluso en el nombres de los DOM-TOM¹...). En Francia, los principales estudios² hallan datos convergentes: una tasa de hospitalización significativamente más elevada que la de los niños autóctonos independientemente del motivo; más dificultades escolares para los niños de inmigrantes que para los otros: dificultades a nivel de aprendizajes preescolares y pobreza de lenguaje – el retraso del lenguaje varía entre tres meses y un año en comparación con los niños franceses a la entrada en maternales y sobretodo, este retraso se acentúa con la edad. Se estima que aproximadamente el 50% de jóvenes migrantes de “segunda generación” salen de la escuela a los dieciséis años sin haber adquirido la lectura y la escritura.

¹ Nota de la traductora: Departamentos de ultramar integrados en Francia: Guadalupe, Martinica, Guayana Francesa y Reunión.

² Para una revisión de la literatura sobre este tema, véase Moro (2000, 2007). El lector encontrará aquí todas las referencias bibliográficas de los datos que contiene este capítulo.

¿Pero cuál es el papel del nivel social desfavorecido de estas familias de inmigrantes en las génesis de las perturbaciones? Muchos trabajos han establecido vínculos entre el nivel intelectual medio, medido por los test, los fracasos escolares y el bajo nivel social de la familia. Se propone por tanto la hipótesis de un vínculo entre estos dos factores pertenecientes al medio: nivel social desfavorable y situación transcultural. En el estado actual de nuestros conocimientos, estas dos variables se potencian sin que la una sea reducible a la otra.

Para precisar las dificultades de los hijos de migrantes cualesquiera que sean los determinantes, hemos llevado a cabo una serie de investigaciones (Moro, 1998, 2007). Éstas han mostrado los riesgos de la estructuración cognitivo-intelectual y afectiva de los niños en situación transcultural. El estudio realizado con una muestra de cuarenta y cinco niños pertenecientes a dos grupos, un grupo de niños autóctonos, un grupo de niños de migrantes, no había diferencias significativas en el nivel socio-económico de los dos grupos. Con ocho años, se encontró: un nivel intelectual global de los hijos de inmigrantes más bajo que el de los autóctonos; menos éxito en algunas pruebas de lenguaje; menos éxito en la prueba de estructuración intelectual no verbal con las dificultades lógicas para percibir y diferenciar los continentes de los contenidos, percibir las formas, integrar la simetría, integrar las diferencias y las similitudes de las formas. Este estudio mostraba que la evolución de los dos grupos de la cohorte era diferente: a la edad de ocho años, los hijos de inmigrantes tenían más problemas psicopatológicos, más dificultades intelectuales y cognitivas, y por último, más dificultades escolares que los autóctonos. En el interior mismo del grupo de niños indemnes de toda patología, las diferencias subsistían en lo que concierne a la evaluación intelectual, lingüística y escolar. Así, para nuestra población, la estructuración tanto afectiva como intelectual era comprometida en situación transcultural.

Estos estudios han establecido vínculos entre “la vulnerabilidad psicológica” y el hecho de ser “hijos de migrantes”. Pero la naturaleza de las asociaciones y los mecanismos de una eventual causalidad quedaban por establecer –quien dice

asociación no dice necesariamente causalidad-. A partir de estos estudios y de la práctica, pueden proponerse varios mecanismos para dar cuenta de estos hechos.

VULNERABILIDAD DEL PROCESO DE DESARROLLO

Los hijos de inmigrantes son vulnerables, pertenecen a un grupo de riesgo. Los trabajos citados han concluido que el primer momento de vulnerabilidad de estos niños es aquel de la fase post-natal donde el bebé y su madre deben adaptarse el uno al otro. El segundo periodo crítico se sitúa en el momento de los grandes aprendizajes escolares que son el cálculo, la lectura y la escritura, momento de inscripción del niño en la sociedad de acogida. El tercer periodo vulnerable es innegablemente la adolescencia donde descansa la cuestión de la filiación y de las pertenencias.

La vulnerabilidad psicológica es un concepto desarrollado por el paidopsiquiatra americano Anthony desde 1978. Pero los precursores son muchos: M. Mahler, A. Freud... "No se puede explicar la vulnerabilidad por las características individuales del niño, pero hay que comprenderla en términos más generales e impersonales. Yo ahora considero que el progreso del niño a lo largo del desarrollo hacia la madurez depende de la interacción de numerosas influencias exteriores favorables con los datos innatos favorables y una evolución favorable de las estructuras internas" (Freud, 1978). La vulnerabilidad es por lo tanto una noción dinámica; afecta a un proceso en desarrollo. El funcionamiento psíquico del niño vulnerable es tal que una variación minúscula, interna o externa, implica una disfunción importante, un sufrimiento a menudo trágico, una parada, una inhibición o un desarrollo mínimo de su potencial. En otros términos, el niño vulnerable es aquel que tiene "una menor resistencia a las molestias y a las agresiones" (Tomkiewicz et Manciaux, 1987). En genética, la expresión de un gen o de un conjunto de genes puede ser total, parcial o nula, lo mismo ocurre con la expresión de este punto de fragilidad. En el futuro de estos niños, hay que tener en cuenta sus resistencias, el juego de posibilidades.

PRESENTAR EL MUNDO

Para comprender la génesis de esta vulnerabilidad, tomemos el curso a partir de las interacciones precoces madre-hijo. La madre se encuentra sola en un mundo extranjero con todo lo que ello supone de riesgos y de incertidumbre. Ella tendrá que ajustarse a su bebé y aprender a ser madre sin la ayuda de sus comadres contrariamente a la costumbre en las sociedades tradicionales donde el grupo acompaña en todos los momentos iniciales como lo son el embarazo y el nacimiento del niño. En estos primeros cambios, el bebé va a estar impregnado de las maneras de hacer que la madre ha llevado con ella: una lengua, las maneras de ser y de hacer, una información sobre el mundo, técnicas de cuidado... En el curso de este periodo, la madre está confrontada a tareas contradictorias: proteger al hijo, quererlo a su forma pero también prepararle para el reencuentro con el mundo de fuera donde ella no conoce necesariamente las lógicas. Tomemos las nociones clásicas de Winnicott que distingue tres series de actos en los cuidados que la madre o el sustituto maternal prodiga al niño (Moro, Nathan, 1989): el *holding*: la madre sostiene al niño, le asegura un contenido corporal gracias a su propio cuerpo, ella pone el cuerpo del niño en el espacio; ella le mantiene. El *handling*: la madre cuida al niño, le manipula, le procura sensaciones táctiles, corporales, auditivas, visuales. El *object-presenting* o modo de presentación del objeto: el niño tiene acceso a los objetos simples, después a objetos cada vez más complejos y al final al mundo en todas sus dimensiones a través de su madre: "Pienso que no crecemos así como si cada uno de entre nosotros haya tenido, al principio, una madre capaz de hacerle descubrir el mundo a pequeñas dosis (...) La madre comparte con su pequeño niño un pedazo a parte del mundo, guardándolo suficientemente pequeño como para que el niño no esté en la confusión, aumentándolo muy progresivamente con el fin de satisfacer la capacidad creciente del niño que debe gozar del mundo (Winnicott, 1979, p.75).

Analicemos aún más la función que hemos denominado "Presentación del mundo". La madre aprende el mundo de acuerdo a las categorías definidas por su cultura. Su experien-

cia de la realidad es “dividida” y “limitada” de sus herramientas culturales. Lo que ella ve del mundo a través de esta matriz de lectura, no son objetos en sí mismos, sino la interacción de este sistema de lectura estructurada por la cultura con los objetos externos. Esta codificación cultural se transmite de generación en generación. Es a este nivel, y primero por el lado externo, que la migración introduce una ruptura brutal: los referentes no son los mismos, las categorías utilizadas tampoco, todos los puntos de referencia vacilan.. Las consecuencias para la madre son dobles: pierde el seguro que ha adquirido en la estabilidad del marco externo, el mundo exterior ya no es y, un cierto grado de confusión se instala en su propia manera percibir el mundo. Así ella va a transmitir potencialmente al niño esta percepción caleidoscópica del mundo que pueden generar ansiedad e inseguridad. La realidad del niño se construye a partir del envoltorio exterior fabricado por la madre a través de las primeras relaciones madre-hijo. Este envoltorio está constituido de una serie de actos operatorios (técnicas de cuidado), los actos corporales y sensoriales (interacciones madre-hijo), los actos de habla (la madre dijo al niño: “Yo te percibo como”...), de actos mentales (representaciones maternas de los niños, la representación reflexiva de la madre cuando ella misma era una niña...) (Moro y Nathan, 1989).

Estos elementos dan cuenta de la vulnerabilidad del bebé. Qué pasa cuando el niño crece?

PENSAR EL MUNDO

De este modo, los niños van creciendo relativamente protegidos en este mundo maternal. Más tarde viene el mundo exterior y la escuela. Los padres inmigrantes tienen el fallo, a veces, de enseñar a sus hijos «el mundo a pequeñas dosis». En consecuencia, sus hijos encuentran cotidianamente este mundo exterior de manera traumática. Es en este contexto que el niño crece y es llevado a separarse del medio familiar (mundo interior) para inscribirse en el medio escolar (mundo exterior y del extranjero). Esto ocurre a veces de una manera brutal cuando el niño está demasiado protegido dentro y no demasiado

preparado para ir fuera. Esto es constatado también por los hijos de familias que viven grandes dificultades sociales y que, por consecuencia, están excluidos en gran parte de los sistemas de división de sentido colectivo y privadas de las posibilidades de anticipación de un mundo más adaptado. Estos niños se confrontan al mundo exterior sin anticipación previa. La entrada al colegio o, más a menudo, el principio de grandes aprendizajes, que constituyen el verdadero comienzo, son potencialmente traumáticos. Por razones un poco diferentes pero trágicas y sabiendo que los niños de inmigrantes acumulan a menudo dificultades sociales y culturales, el exterior se vive sobre un método excluyente. Encontrar mi lugar en el exterior, guardar aquella que me viene del interior, los dos no pueden coexistir en mi representación, en aquella de mis padres. La escuela es el segundo aspecto de la necesaria prevención, antes de que se instale el fracaso escolar precoz y masivo, irreversible, trágico y desagradable. A partir de la escritura y la lectura, se van a inscribir en las lógicas del mundo francés. Algunos viven este momento como una elección necesaria pero imposible entre los dos mundos. Entonces, suspenden su palabra, su pensamiento, su ser mismo. Ocultan su potencial creativo bajo la máscara de la inhibición, de los trastornos del comportamiento, del desinterés... ¡Qué lío! Este momento es sin duda crucial, porque determina de forma cuasi-irreversibles el lugar del niño en el exterior. Ahora sabemos, por ejemplo, cuántos hijos de inmigrantes están excluidos del sistema escolar lo que hipoteca su futuro. Como si estos niños fueran autosuficientes. Este proceso es siempre defensivo, por lo que es importante no dejarse atrapar por la ilusión de su independencia.

Cualesquiera que sean las dificultades de afrontar este mundo exterior, los niños, a veces muy pronto, van a saber antes sobre él que sus propios padres lo que les sitúa en una posición paradójica que no respeta el orden de generaciones o que le trastorna a veces con una verdadera *inversión de las generaciones* como la hemos descritos (Moro, Nathan, 1989). Como si estos niños se bastaran a sí mismo. Este proceso es siempre defensivo, por lo que es importante no dejarse llevar

por la ilusión de su independencia. Estos niños, como los otros, tienen necesidad de sus vínculos parentales y afectivos. Pero, esta inversión es también fuente de fortaleza para el niño siempre y cuando la tome por lo que es, una ficción que acompaña al niño en esta situación de mestizaje. El hijo de migrantes es a menudo considerado como un niño expuesto, como Moïse, Edipo o Perseo en la mitología, un niño sometido a un riesgo excepcional (Moro, 1989).

La estructuración cultural y la estructuración psíquica de los niños mestizos están por tanto construidas sobre una discrepancia y sobre un conflicto en un contexto de inestabilidad y de multiplicidad. Estos mecanismos de discrepancia y de conflicto deben, por tanto, ser considerado como los determinantes de la vulnerabilidad de los hijos de inmigrantes.

COMPETENCIA, RESILENCIA Y CREATIVIDAD

La situación transcultural permite también éxitos a menudo inesperados y a veces espectaculares. Este punto, aunque raramente estudiado, sin embargo ha sido el objetivo de una socióloga D. Schnapper en un trabajo sobre “la integración de los inmigrantes” en Francia (1991). Habiendo estudiado el destino de los niños inmigrantes, concluye en relación a la “sobreselección” a la que están sometidos: “los que la superan extraen un beneficio suplementario sobre de la afirmación se sí mismo y de la búsqueda de la distinción, pero el riesgo de fracaso es estadísticamente elevado para los que no tienen los mismos fuertes individuales y sociales” (p. 198).

En la población de los hijos de inmigrantes que superan bien o bastante bien la escuela, y he podido poner en evidencia tres casos hipotéticos (Moro, 1998): el niño beneficiado de un medio suficientemente seguro y rico en estimulaciones de todas clases; el niño encuentra en el entorno de los adultos que le sirven de iniciadores (de guías en el nuevo mundo); el niño está dotado de capacidades personales singulares y de una autoestima importante.

En los dos primeros casos hipotéticos, la situación de desequilibrio inicial asociada a la migración encuentra elementos

contextuales para restablecer un nuevo orden y favorece así el desarrollo de potencialidades creativas. En el tercer caso, la fuente se encuentra en el mismo interior del niño, se puede por tanto hablar de una cuasi-Invulnerabilidad del niño, al menos aparente. Así, intervienen numerosos factores en la génesis de esta vulnerabilidad, la personalidad de cada niño, su posición entre los hermanos, la protección parental, etc.

Cara a esta situación de mestizaje, como ante todo acontecimiento que interviene en el proceso de desarrollo del niño, hay que considerar cuatro factores. El primero es la *vulnerabilidad* (o la invulnerabilidad) que ya se ha definido y que representa las capacidades de defensas pasivas del niño o del adolescente la vulnerabilidad es secundaria en los eventos de vida y en los factores de riesgo—. Pero no hay que olvidar los otros tres aspectos que son la *competencia* que representa las capacidades de *adaptación* activa del lactante, del niño, a su ambiente, la *resiliencia* que describe los factores internos o ambientales de protección (Cyrułnik, 1999) y la creatividad que da cuenta de la potencialidad que tienen ciertos niños para inventar nuevas formas de vida a partir de la alteridad o del trauma.

Pensar la alteridad y elaborarla en un dispositivo pertinente es a la vez una posición interior derivándose de una epistemología de la diferencia y una posición clínica. La observación de los mundos y de sus leyes no es solamente un planteamiento poético, es una verdadera estrategia étnica, pragmática y científica.

BIBLIOGRAFÍA

- Anthony, EJ, Chiland, C, Koupernik, C, (œuvre originale 1978), *L'Enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable*, Paris, PUF, 1982.
- Charlot, B, (2000), Le rapport au savoir en milieu populaire apprendre à l'école et apprendre dans la vie in: Bentolila, A; *L'école face à la différence*, « Les entretiens Nathan », Actes X; Paris, Nathan, p. 23–29.

- Cyrulnik, B, (1999), *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob.
- Devereux, G, (1968), L'image de l'enfant dans deux tribus: Mohave et Sedang; *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, n°4, p. 25-35.
- Freud, A, (1978), avant-propos de Anthony, EJ, Chiland, C, Koupernik, C, (œuvre originale 1978), *L'Enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable* (trad.fr.), Paris, PUF, 1982, p. 13-14.
- Mead, M., (œuvre originale 1930), *Une éducation en Nouvelle-Guinée* (trad. fr.), Paris, Payot, 1973.
- Moro, MR, (1989), D'où viennent ces enfants si étranges ? Logiques de l'exposition dans la psychopathologie des enfants de migrants; *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, n°12, p. 69-84.
- Moro, MR, (1998), *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*, Paris, Dunod, 2^e édition 2000.
- Moro, MR, (2007), *Aimer ses enfants ici et ailleurs*, Paris, Odile Jacob.
- Moro, MR, Nathan, T, (1989), Le bébé migrateur. Spécificités et psychologie des interactions précoces en situation migratoire in: Lebovici, S, Weil-Halpern, F; *Psychopathologie du bébé*; Paris, PUF, p. 683-722.
- Moro, MR, Nathan, T, (1995), Psychiatrie transculturelle de l'enfant in: Lebovici, S, Diatkine, R, Soulé, M; *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (4 vol.); Paris, PUF, 1995, t.1, p. 423-446, deuxième édition en 1999, coll. « Quadrige ».
- Nathan, T, (1986), *La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Bordas.
- Nathan, T, (1988), Migration et rupture de la filiation in: Yahyaoui, A; *Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrébin de la deuxième génération*; Grenoble, La Pensée sauvage.
- Nathan, T, Moro, MR, (1989), Enfants de djinné. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces in: Lebovici, S, Mazet, Ph, Visier, JP; *Evaluation des interactions précoces*; Paris, Eshel, p. 307-340.

Revue *L'autre*, « Cliniques, Cultures et Sociétés », Pensée sauvage Editions, Grenoble. www.revuelautre.com

Schnapper, D, (1991), *La France de l'intégration. Sociologie de la nation en 1990*, Paris, PUF.

Tomkiewicz, S, Manciaux, M, (1987), La vulnérabilité in: Manciaux, M, Lebovici, S, Jeanneret, O, Sand, EA, Tomkiewicz, S; *L'Enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux*; Paris, Doin, p. 737-742.

Winnicott, DW, (1957), « *Le monde à petites doses* », *l'Enfant et sa famille* (trad.fr.), Paris, Payot, 1979.

LA ADOLESCENCIA HOY: ¿EL FIN DEL DESARROLLO?*

Alain Braconnier**

¿Se podría aceptar la idea de que los criterios que nos sirven para pensar que alguien ha superado suficientemente los avatares de la adolescencia son los mismos que los que nos permiten pensar, después de Freud, que los dos criterios principales de la existencia, amar y trabajar, permiten concluir que un tratamiento psicoanalítico se ha desarrollado de forma satisfactoria?

Plantear así el problema nos lleva a articular los criterios de realidad externa, la relación con el otro hecha de deseo y de miedo y el trabajo realizado de investimento y de renuncia, con los de realidad interna, el tipo de relación objetal, la sublimación, la fuerza del Yo, etc., a los que nuestro trabajo psicoterapéutico nos permite acceder.

Esta articulación entre realidad externa y realidad interna afecta a cada terapeuta sean cuales sean las edades de la vida con las que trabaja pero particularmente cuando se trata de la adolescencia. Recordemos a este respecto el concepto de espacio psíquico ampliado que puso de relieve Philippe Jeammet:

* 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.

Traducida por Xabier Tapia Lizeaga. Psicólogo Clínico. Asociación Altxa. Servicio de atención temprana. CSM Julián de Ajuriaguerra. Asociación Hau-
rentzat.

** Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París. Centre Philippe Paumelle, 11 rue Albert Bavet, 75013 Paris. E-mail: alain.braconnier@asm13.org.

“precisemos que cuando hablamos de los objetos de la realidad externa, somos conscientes de que se trata del investimento de las representaciones que el adolescente hace de estos objetos externos. En último término, se trata siempre, de hecho, del objeto interno, pero el paso por el objeto de la realidad externa, soporte de las proyecciones de las representaciones, introduce una nueva posibilidad dinámica, ya que la realidad de la respuesta del objeto a las proyecciones de las que es portador puede, en cierta medida, corregir estas proyecciones. De cualquier manera, la actitud del objeto no es nunca neutra ni indiferente, aunque no sea más que por el hecho de que aparentando aceptar las proyecciones, les confiere un plus de realidad”:

Si partimos de este postulado articulador de la realidad externa e interna, las realidades sociológicas contemporáneas, las actitudes parentales, la manera de criar a los niños, nos interpelan en tanto que terapeutas.

Hoy quisiera centrarme en el peso que tienen actualmente las realidades externas en los objetivos del tratamiento con los adolescentes con problemas.

Amar y trabajar. Qué significan realmente estos objetivos cuando sabemos que a lo largo de estos cinco últimos decenios el paso de la adolescencia a la edad adulta se ha ido prolongando y que los criterios más significativos y claros de tal paso se han ido difuminando progresivamente. Nos encontramos lejos de los famosos ritos de paso que marcaban las ceremonias de iniciación que le permitían pasar al adolescente al estatus de adulto, más o menos rápidamente y en edades diferentes, dependiendo de las culturas, aunque siempre de forma identificable por el cuerpo social en su conjunto.

Hoy en día, precisar desde el punto de vista sociológico la edad del final de la adolescencia resulta muy aleatorio.

Nuestros “Tanguys”¹ contemporáneos, muy probablemente menos encuadrados socialmente que sus predecesores, más

¹ N. del T.: **Tanguy**. En 2001 se estrenó una película titulada *Tanguy*. Trata de un joven de 28 años que vive con sus padres y no parece tener ganas de abandonar las comodidades del hogar. La película describe tan fielmente el fenómeno sociológico que, hoy en día, el idioma francés ha adoptado la palabra *tanguy* para describir a estos jóvenes.

allá de sus aparentes reivindicaciones de libertad y de autonomía, no parecen tener excesiva prisa por terminar su adolescencia.

¿Acaso la adolescencia no acaba de terminar hoy en día? En una sociedad que exige una flexibilidad constante, el adolescente corre el riesgo de convertirse en un estado permanente. Un psicoanalista francés, Tony Anatrella, ha propuesto en 2000 un nuevo punto de referencia: “la adultescencia”.

Partamos de hechos concretos. ¿Acaso para los escolares y los alumnos de instituto, el final de la adolescencia se produce actualmente, como en el pasado, al entrar en la facultad? No parece muy evidente. Hay muchos trabajos que muestran una gran prevalencia de dificultades psicopatológicas durante el primer año de estudios superiores, paso para muchos de un marco familiar protector a una autonomía mayor reclamada o impuesta.

¿Acaso el final de la adolescencia se produciría hoy, como en el pasado, al entrar en la vida activa de jóvenes trabajadores? También en este caso, para muchos de los jóvenes de hoy, esta entrada en la vida activa de jóvenes trabajadores resulta muy inestable, debido a los contratos temporales.

Parece haber un acuerdo general a la hora de reconocer que en nuestras sociedades contemporáneas, ni la entrada en la vida profesional ni el inicio de la vida en pareja, amar y trabajar, marcan un punto de referencia sociológico simple y claro.

Un estudio realizado sobre los 80 millones de jóvenes europeos entre 15 y 29 años de edad muestra que o tratan de retrasarlo o ven que se les impide el paso del período de formación a la vida activa; en 1987, el 50% de los jóvenes de 18 años trabajaba o buscaba un empleo. En 1995 no era más que el 41% el que se encontraba en esta situación. Otro ejemplo de este alargamiento lo encontramos en la edad media de los casamientos, que ha envejecido notablemente: en 1995 era de 32 años para los hombres y de 29,6 para las mujeres; quince años antes, 28,4 y 26,1 respectivamente. Actualmente el inicio de la vida de pareja es más bien representativo de la complejidad de las referencias e incluso de la difuminación de la

entrada en la vida adulta, es decir, del final de la adolescencia. Según Michel Delage, actualmente hay múltiples maneras de implicarse en la vida de pareja: "...junto a celibatos prolongados o, a la inversa, parejas precozmente establecidas... observamos la existencia de un conjunto de formas intermedias de vida en pareja que hacen difícil incluso su propia definición... Tenemos el caso de adolescentes con un amiguito o amiguita que desde fuera parecen vivir una relación de pareja... o las parejas juveniles, instaladas en un modo de vida de tipo asociativo y por tanto reversible... las parejas que conviven en casa de los padres de uno de ellos en régimen de dependencia, al menos material, de la generación anterior". Siguiendo al autor, se trata de parejas "semi-independientes" (3). ¿Pero acaso son estas fórmulas de convivencia en pareja, intermedias, no institucionalizadas, las que sirven actualmente de período de moratoria entre la niñez y la edad adulta, moratoria que se alarga mucho más que en generaciones anteriores? ¿Tiene esto algo que ver con el aumento de la inestabilidad de las parejas parentales?

¿Qué hay por tanto del final de la adolescencia? Estos cambios sociológicos afectan tanto al cerebro como a la vida emocional y a la relación consigo mismo y con los demás, tanto en los comportamientos más aparentes como en la personalidad profunda.

¿En qué afecta todo esto al profesional de la clínica, sobre todo en lo que se refiere al final de la adolescencia? Pienso que tener en cuenta estas realidades externas permite por un lado, dependiendo de los casos, relativizar dificultades cuya excesiva dramatización puede resultar perjudicial y por otro, a la inversa, evitar el menosprecio de síntomas a tomar absolutamente en serio.

EL CEREBRO

Clásicamente, el fin de la adolescencia marca el final del desarrollo cerebral, y de forma más general, de todo el cuerpo, fisiológico y físico. Una de las posibles explicaciones de los efectos diferentes de los antidepresivos en los adolescentes y

en los adultos deprimidos, cabe encontrarla en el hecho de que los sistemas de los neuromediadores, particularmente el sistema serotoninérgico, no habrían alcanzado todavía la madurez. Pero en este tema se ha producido recientemente un giro brusco que ha venido a poner en duda este dogma: las neuronas y las sinapsis no están definitivamente instaladas al final de la adolescencia, de forma que la neuroplasticidad cerebral se prolongaría durante todo el resto de la vida. Incluso ni el propio cerebro acaba por terminar sus procesos de cambio.

LA VIDA EMOCIONAL Y LA RELACIÓN CONSIGO MISMO Y CON LOS DEMÁS

Los criterios de madurez de la vida emocional y de la relación consigo mismo y con los demás están sujetos evidentemente a discusión. William C. Menninger (5), nombre de la famosa clínica psiquiátrica de orientación psicoanalítica americana de Topeka, había propuesto siete criterios de madurez emocional, que correspondían según él al acceso al estatus de adulto en este ámbito:

- La capacidad de hacer frente a la realidad de forma constructiva.
- La capacidad de hacer frente a los cambios.
- Una capacidad de distanciamiento y un control suficiente de los síntomas producidos por tensiones momentáneas o por la ansiedad.
- La capacidad de experimentar tanta o más satisfacción dando que recibiendo.
- La capacidad de establecer relaciones estables y consistentes con los demás teniendo en cuenta la satisfacción y la necesidad de ayuda de cada uno.
- La capacidad de sublimar, es decir, de dirigir la energía pulsional agresiva hacia actividades constructivas y creativas.
- La capacidad de amar.

Es evidente que pueden darse estos criterios sobre todo cuando están presentes en un adulto con “éxito”. ¿Pero qué

adulto actualmente, aun siendo padre, puede pensar que cumple todas estas condiciones? Es evidente que el logro de estos criterios representa uno de los mayores envites del proceso de la adolescencia, bien porque no están presentes, o bien porque están en proceso de construcción durante este período de la existencia.

Hay quienes comparan la adolescencia con una crisis de identidad haciendo coincidir el final de la adolescencia con la resolución de la misma. Esta crisis de identidad, bajo diferentes maneras, concluye con la formación de una identidad variable dependiendo de los individuos, pero con una característica general que E. Erikson define como capacidad de distancia, es decir, la capacidad para delimitar un territorio de intimidad propio, pero también de solidaridad con el otro. Durante esta crisis: “la identidad hay que buscarla. La identidad no la ofrece la sociedad ni aparece como un fenómeno madurativo como si del vello púbico se tratara. Hay que lograrla a costa de muchos esfuerzos individuales. Se trata de un tarea difícil, ya que, durante la adolescencia el pasado está a punto de desvanecerse con la pérdida de los anclajes familiares y tradicionales, el presente se caracteriza por los cambios sociales y el futuro se hace menos previsible”.

A estas dificultades contemporáneas ya señaladas por Erikson, hay que añadir la tesis de P. Blos (1). Para este autor, la construcción del Ideal del Yo es heredera del proceso de la adolescencia, al igual que el Superyó es heredero del complejo de Edipo. El Ideal del Yo encuentra sus raíces evidentemente en el narcisismo primario, pero Peter Blos distingue entre la idealización de sí mismo propia del niño y el Ideal del Yo. En consecuencia, el final (feliz) de la adolescencia estaría marcado por la adquisición de esta instancia intrapsíquica, el Ideal del Yo. También es verdad que nos encontramos cada vez más con “adolescentes retardados” o con “eternos adolescentes” para quienes la búsqueda constante de una idealización de sí mismos es más fuerte que la de un verdadero Ideal del Yo, confrontándose con la diferencia entre lo que son y lo que quisieran ser, verdadero motor de la vida del joven adulto.

LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

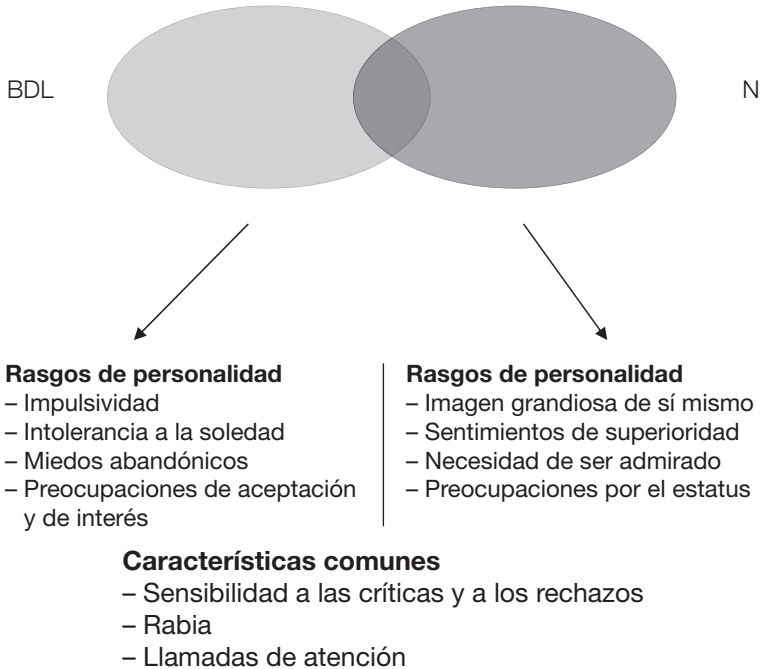
Las clasificaciones internacionales distinguen entre los trastornos de la infancia y la adolescencia y los del adulto. Introducen sin embargo unas zonas de paso o de continuidad mostrando así que en el ámbito de la patología, el final de la adolescencia no supone, tampoco en este ámbito, un punto de referencia claro y que una frontera excesivamente radical resultaría por lo menos artificial. Los estudios longitudinales son poco frecuentes dada su dificultad y no contribuyen mucho a aclarar la cuestión. Hablar, por ejemplo, de episodio depresivo mayor en la adolescencia, cuando no en la infancia, es algo que está ya admitido por todo el mundo. Por el contrario, reservar el trastorno de hiperactividad con déficit de atención a la infancia o a la adolescencia es un error. Actualmente, a pesar de una serie de características propias, este trastorno es perfectamente identificable en el adulto. Por el contrario, no poder hablar de trastorno de la personalidad en la adolescencia, aun limitándose a los criterios descriptivos de las clasificaciones internacionales, es un tema sujeto a discusión.

A este respecto, el tema del funcionamiento límite nos interpela de forma especial. Hay un acuerdo general a la hora de constatar el aumento actual de las patologías narcisistas-límites. El adolescente contemporáneo por su parte, dado su funcionamiento psíquico, nos recuerda en no pocos aspectos a las “organizaciones límites” (Figura 1) de la personalidad. Asimismo, podemos observar adolescentes con un estado límite parecido al de los adultos. No nos sentimos cómodos en la clínica ni en determinados momentos especiales de nuestros tratamientos analíticos de una amplia población adolescente de la que nos ocupamos, cuando nos encontramos con procesos de adolescencia paralizados o llenos de obstáculos o ante organizaciones límites bien estructuradas.

Admitiendo este hecho, hoy en día somos mucho más conscientes de la importancia que debemos prestar a estos jóvenes, sea cual sea el desarrollo de su tratamiento, apoyándonos en la experiencia con las personalidades límites, no solo atendiendo al proceso en curso sino al encuadre y a la

Figura 1

**¿Características de la adolescencia
o
TP Borderline Narcisista?**



manera de convertirlo en algo suficientemente flexible pero sin permitir demasiado que sea atacado cuando no destruido. La falta de referencias y de encuadre de la que parecen adolecer muchas de las familias actuales nos lleva a trabajar a menudo como terapeutas en torno a estos aspectos relacionados con las referencias y el encuadre.

En nuestros días, el período de la adolescencia es probablemente más largo que en el pasado, justificando tal vez el proverbio africano: “eres más hijo de tu tiempo que hijo de tu padre”. Este desarrollo irreversible, radical que significa la adolescencia ha sido siempre fuente de una formidable potenciali-

dad pero también de una verdadera dificultad para aquellos que la atraviesan como actores principales, interlocutores o testigos. Para los actores, es decir, para los propios adolescentes, el final de esta turbulenta, en todos los sentidos del término, etapa de la vida significa un alivio y una conquista, una fuente de recuerdos eternos, particularmente los de “las primeras veces”, pero también un motivo de lamento o incluso para algunos una dificultad para crecer hasta el punto de querer buscar más tarde vueltas atrás en algunos aspectos de la vida, amorosos, lúdicos o de aventura. Démosles tiempo a los adolescentes para hacerse adultos y dejemos a los adultos que siguen siendo adolescentes en algunos aspectos, es decir descuidados y llenos de esperanza. “Sentirse siempre esperar y sentirse feliz permite vivir más”. No lo dice un psicoanalista sino el profesor de neurología D. Snowdon de la universidad de Kentucky.

NUEVOS MODOS DE CRIANZA Y LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA PSICOTERAPIA DE ADOLESCENTES*

Adela Abella**

La relación entre las nuevas formas de crianza y la psicoterapia del adolescente, podría ser abordada desde varios puntos de vista. Una posibilidad sería, por ejemplo, la de considerar las consecuencias psicológicas de la transformación de los hábitos de crianza y preguntarnos si la psicoterapia de adolescentes puede contribuir, y en qué manera, a encontrar respuestas a esta cuestión.

Es un terreno resbaladizo. ¿Cómo diferenciar lo que resulta de los métodos de crianza de lo que proviene de la pulsionalidad propia del adolescente o de la interacción con unos padres dotados de una conflictualidad particular o, incluso, lo que deriva de otros fenómenos sociales como, por ejemplo, el progreso del individualismo, el debilitamiento de la familia nuclear y de la familia ampliada, la erosión de la autoridad o la influencia de los nuevos métodos de comunicación y de acceso a la información?

El problema es complejo. Sin embargo, la dificultad de fondo no reside fundamentalmente en la complejidad del problema. El verdadero origen de esta dificultad es más profundo

* 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. Miembro de SEPYPNA. Servicio Médico-Pedagógico. Ginebra.

y se sitúa a nivel de la naturaleza misma de la psicoterapia. Me refiero aquí al hecho de que la psicoterapia es un método de tratamiento de carácter específicamente individual. Su objetivo no es otro que la comprensión, y posible transformación, de la manera altamente personal en que un individuo en particular experimenta, organiza y maneja la interacción, en su mundo interno, entre todos estos elementos: su pulsionalidad, sus relaciones con las personas significativas de su entorno y las circunstancias sociales que le toca vivir. En consecuencia, no está claro que podamos esperar una compatibilidad entre el tipo de escucha que exige la psicoterapia y el que obedece a la intención de responder a preguntas de orden más general y que son ajenas a la naturaleza propia de la psicoterapia.

Pienso que el psicoanálisis puede y debe contribuir a la comprensión y la investigación de los efectos de los fenómenos sociales, aportando, por ejemplo, lo que se sabe sobre las mejores condiciones para el desarrollo de un niño, señalando riesgos, inquietudes e incertidumbres. Sin embargo, y ésta es la idea que voy a desarrollar, en el curso de una psicoterapia la escucha terapéutica necesita independizarse lo más posible de toda preocupación ajena a su objetivo así como de toda preconcepción, entre otras, aquellas que se refieren a los posibles efectos de las mutaciones sociales en curso.

En el fondo, es una cuestión de ética. Frente a un paciente adolescente, el objetivo central del terapeuta debe ser el de darse los medios para comprenderle lo mejor posible. Toda otra finalidad, por ejemplo la de interrogar las consecuencias de nuevas modalidades sociales, debe quedar al margen. La razón es la misma que nos impulsa a poner en suspenso otras motivaciones posibles, incluso aquellas muy legítimas de carácter terapéutico, como por ejemplo que un adolescente des-carrado retome sus estudios, deje de drogarse o tenga un comportamiento aceptable para los padres. Podemos esperar que algunos de estos objetivos sean consecuencia de la psicoterapia, pero el tratamiento debe evitar ser parasitado por prioridades distintas de las que constituyen el trabajo específico de psicoterapia. En esta línea, también podemos esperar

que la psicoterapia nos aporte pistas sobre diversas cuestiones teóricas y clínicas, pero a condición de que no hipotequen nuestra escucha.

¿Es esto posible? ¿Puede el terapeuta hacer abstracción de sus representaciones y sus reacciones emocionales ante fenómenos sociales en los que él mismo está inmerso? En efecto, los nuevos métodos de crianza no afectan solo al niño o al adolescente. Afectan también a los padres y a los terapeutas. En lo que respecta a los primeros, se han señalado las consecuencias de las modificaciones sociales sobre la construcción de la función parental y de la identidad parental. Los padres y las madres de hoy día se enfrentan a realidades, expectativas y exigencias que difieren, a veces de manera espectacular, de aquellas vigentes en su infancia. No es raro que de aquí deriven conflictos identificatorios de diversa intensidad. En el mejor de los casos estos conflictos pueden favorecer el desarrollo de una parentalidad asumida de manera más personal y responsable. Pero también pueden contribuir a desorientar y debilitar la capacidad de escucha y de respuesta de un padre o de una madre frente a su hijo adolescente.

Algo parecido ocurre con el terapeuta. Parece inevitable que, al contacto con su paciente adolescente, el terapeuta reviva los conflictos identificatorios que le son propios y que tienen relación, al menos en parte, con las circunstancias sociales que conciernen a ambos. De ahí la posibilidad de movimientos defensivos inconscientes que pueden poner en peligro la terapia. En consecuencia, el terapeuta necesita estar atento a la manera en que sus representaciones, sus inquietudes y sus prejuicios alteran, deforman o agudizan su capacidad de comprensión.

Este es un segundo nivel en que puede considerarse la relación entre métodos de crianza y psicoterapia: el de la influencia sobre la contratransferencia de las representaciones que los terapeutas tienen sobre las consecuencias de dichos métodos. Es éste el aspecto en el que me voy a centrar, y que intentaré ilustrar a través de algunos problemas planteados por la psicoterapia de un adolescente.

UN CASO CLÍNICO

Luis vino a consultarme a los 18 años por iniciativa propia. Unos dos años antes había abandonado sus estudios y se había marchado de casa. Desde entonces vivía de pequeños trabajos: el último de ellos en un quiosco de periódicos, lo que le obligaba a levantarse cada día a las 5 h. de la mañana.

Atribuía sus dificultades a sus padres, una pareja de profesores que, según Luis, tenían dos prioridades en la vida. La primera, su carrera. La segunda, la reparación de una antigua granja, acometida con tal pasión que acaparaba el poco tiempo libre de ambos padres.

Luis nació dos meses antes del término previsto al embarazo y pasó seis semanas en incubadora. Entre su hermano, 4 años mayor, y el nacimiento de Luis la madre había perdido dos niños en período avanzado del embarazo. Luis pensaba que, por todas estas razones, a sus padres les había sido difícil investirle. Las filles-au-pair se sucedían al ritmo de una por año y asumían en gran parte el cuidado de los niños, Luis describía a sus padres como distantes, rígidos y controladores.

Mi paciente recordaba haber sufrido de unos celos terribles de su hermano mayor. Incapaz de aceptar la superioridad de este último, se refugiaba en fantasmas omnipotentes y destructores: se veía como un pirata que arrasaba la ciudad y de quien padres y hermano esperaban piedad. En otros momentos imaginaba ser un genio descubierto tras largos años de indiferencia familiar y saboreaba variadas y sutiles venganzas.

A pesar de ser un niño inteligente, su comportamiento en el colegio había sido de desobediencia y provocación sistemática. Hubo que cambiarle varias veces de colegio, pasó largas temporadas en internados especializados y fue atendido por 4 ó 5 psicólogos y psiquiatras. Según Luis, algunos de ellos habían sido simpáticos, sin más.

Hacia el momento en que abandonó los estudios y se marchó de casa, Luis conoció a un chico unos 10 años mayor que él, con el que desarrolló una estrecha amistad. Compartían el amor por el boxeo, la militancia en una organización de extrema derecha e interminables discusiones sobre el sentido de la vida. No estaba muy clara la razón del fin de esta amistad

pero, en cualquier caso, a partir de la ruptura Luis empezó a sufrir accesos de una angustia tan intolerable que sólo un dolor físico agudo o la vista de su sangre lograba calmar. Sus brazos estaban llenos de cortes y quemaduras de cigarrillos. Las ideas de suicidio habían sido y seguían siendo frecuentes, pero su tonalidad me parecía más histérica que melancólica.

Al mismo tiempo, Luis tenía una novia y antiguos amigos que seguían sus estudios. Además, hacía prueba por momentos de una gran sensibilidad: en contraste con sus aires de matón, su gran pasión era la poesía que leía y escribía.

Al final de la primera entrevista Luis confesó dos cosas: la primera, que se daba cuenta de que estaba en un “agujero”; la segunda, que estaba decidido a salir de él. Y al principio de la segunda entrevista añadió una tercera: que, de todos los psiquiatras que había conocido, yo era aquella con la que mejor se había entendido, la única que le había comprendido realmente y que estaba seguro de que conmigo la psicoterapia iba a funcionar.

En resumen, se podría decir que Luis llegó a la terapia con un proyecto en gran parte inconsciente pero muy construido. Este proyecto constaba de tres elementos: el primero, la necesidad urgente de cambiar y la decisión firme de conseguirlo; el segundo, una teoría sobre el origen de sus males: sus padres; y el tercero, una intuición sobre la vía a seguir: la relación con una terapeuta idealizada, una especie de madre o padre perfecto a quien Luis había otorgado de entrada un poder salvador.

Estos tres elementos tenían dos particularidades: por un lado, el ser armas de doble filo, por otro, el solicitar fuertemente la contra-transferencia del terapeuta. Digo armas de doble filo porque, si bien alimentaban la motivación de Luis para acometer un trabajo sobre sí mismo y darse la posibilidad de cambiar, al mismo tiempo contenían en potencia importantes riesgos de idealización y de clivaje: “los malos son mis padres, la buena mi terapeuta”. Idealización y clivaje que, a nivel interno, podían llevarle a idealizar ciertos aspectos de sí mismo y a desconocer y rechazar otros. En otras palabras, lo grave no era que Luis idealizara al terapeuta, lo grave era que pudiera

idealizar ciertos aspectos de sí mismo, aquellos identificados y depositados transitoriamente en el terapeuta, y rechazar otros aspectos de sí mismo, aquellos evacuados en sus padres y de los que tenía tanta necesidad, aunque no se diera cuenta, como de los primeros. Lo que podría ser resumido a través de la siguiente fórmula: “dado que los malos son mis padres y la buena mi terapeuta, en la medida en que yo me alíe a mi terapeuta, yo seré también totalmente bueno”. Por otra parte, los riesgos para la terapia eran tanto más importantes cuanto que el terapeuta podía sentirse tentado por las propuestas narcisistas y reparadoras implícitas en tal proyecto terapéutico. Veamos todo esto un poco más en detalle.

MODELOS DE FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO

La manera como concebimos el proceso de una psicoterapia depende de nuestro modelo, explícito o implícito, sobre el desarrollo mental. Hay una interdependencia entre la forma en que pensamos que un individuo enferma y la forma en que pensamos que puede curar.

Aquí voy a necesitar hacer un pequeño rodeo teórico. Para poder comprender el modelo de desarrollo y de cambio psíquico propuesto por Freud es necesario insertarlo en el contexto cultural y científico de su época (1,2). El clima intelectual que presidió el nacimiento del psicoanálisis obedecía a los ideales positivistas de la época, es decir a la aspiración a construir todo conocimiento sobre bases objetivas y científicas, a semejanza de las ciencias naturales. En consecuencia, Freud adoptó el paradigma hidráulico preponderante en tal momento, paradigma que intenta describir el comportamiento de un fluido al interior de un sistema cerrado en términos de fuerzas y de contra-fuerzas en oposición, y cuya finalidad última es la de mantener el equilibrio del sistema.

Así, Freud construyó la hipótesis de una fuerza pulsional, la libido, que busca la satisfacción y ejerce, en consecuencia, una presión sobre el psiquismo. Esta presión se ve frenada por fuerzas de signo contrario que se le oponen. Dichas fuerzas contrapuestas tienen un doble origen: por un lado, están las

frustraciones y límites impuestos por la realidad externa; por otro lado, las prohibiciones resultantes de la conciencia moral, de lo que más tarde Freud llamaría el Superyo. Así, en este primer modelo freudiano, se distinguen dos casos de figura. En el primero, de inspiración más fisiológica, hay un estancamiento de la libido que se transforma directamente en angustia: esto da origen, pensaba Freud, a las neurosis actuales. En el segundo caso, ya claramente de naturaleza psicológica, se crea un conflicto interno, cuyo resultado es la aparición de defensas y de síntomas. Es lo que ocurre con lo que Freud llamó las psiconeurosis: en este segundo caso, los síntomas son considerados como formaciones de compromiso entre la pulsión y las prohibiciones superyoicas.

Este primer modelo, elaborado inicialmente por Freud a propósito de la histeria, gozaba de la simplicidad, la elegancia y la manejabilidad necesarias para permitir la exploración de numerosos fenómenos de la vida mental. Así, pudo ser aplicado a las otras neurosis, a los sueños, a los actos fallidos y los lapsus, a la religión y los mitos, a la actividad cultural y artística, etc. De una manera resumida, puede decirse que todas estas producciones del espíritu humano podían ser investigadas según el mismo prisma que los síntomas histéricos, en tanto que compromisos entre fuerzas opuestas.

El resultado fue un inmenso desarrollo teórico que originó una complicación creciente del modelo. La teoría traumática inicial fue remplazada por la idea de la importancia central del fantasma –idea que es considerada como el acto fundador del psicoanálisis–. Freud se aplicó a elaborar una topografía del aparato mental: en un primer momento, concibió una doble localización, consciente e inconsciente, ambos dotados de modalidades de funcionamiento específicas. Más tarde, Freud propuso una triple diferenciación: el Yo, especie de agente encargado de regular las relaciones entre los diferentes aspectos del mundo interno y entre éste y el exterior; el Ello, entendido como una reserva pulsional y el Superyo en tanto que representante de los valores sociales y morales. El problema de las pulsiones se reveló particularmente complicado. Freud propuso inicialmente la distinción entre pulsiones sexuales y

pulsiones de autoconservación, y más tarde, entre pulsión de vida y pulsión de muerte. Se describieron varios tipos de angustia: de castración, de separación, así como la noción importante de angustia señal – especie de advertencia al psiquismo de la existencia de un peligro potencial. La represión dejó pronto de ser el único mecanismo de defensa responsable del equilibrio del sistema y se identificaron otros mecanismos importantes: algunos dotados de una capacidad de enriquecimiento personal y de inserción social como la sublimación; otros asociados a la formación del carácter como la formación reactiva; otros, finalmente, ligados a funcionamientos psíquicos más patológicos, como el clivaje. La introducción del concepto de narcisismo añadió un grado superior de complejidad al sistema, al señalar la importancia de la construcción y el mantenimiento de la imagen de sí mismo y de la auto-estima.

Sin embargo, y esto es importante, todos estos desarrollos teóricos tenían por marco el modelo hidráulico de un sistema cerrado que puede ser comprendido en sí mismo, de tal forma que la referencia al exterior adquiere un valor secundario. Lo que estoy diciendo no es que Freud ignorara la intervención del exterior. Lo que intento señalar es la *manera* como Freud comprendía la intervención del entorno. En este primer modelo de inspiración hidráulica, el exterior interviene fundamentalmente en tanto que fuente de suministro de gratificaciones o de frustraciones ante las cuales el aparato mental funciona prácticamente en circuito cerrado. En consecuencia, las características propias del objeto que satisface o que frustra no tienen ninguna pertinencia son. Los fantasmas, las pulsiones, las modalidades relacionales propuestas por el objeto no son consideradas como un elemento constituyente del mundo interno del sujeto. Es lo que se ha llamado una “psicología de una persona”.

Dicho de otra manera, según el primer modelo freudiano, si un bebé tiene hambre, lo importante es saber si va a ser alimentado; si tiene miedo, lo crucial será saber si podrá ser calmado. Este modelo no interroga los fantasmas o los sentimientos que animan a la madre cuando se ocupa de su bebé, cuando lo alimenta o lo calma, o cuando no lo alimenta y no lo

calma.. Y sin embargo, sus fantasmas y sentimientos coloran necesariamente las respuestas maternas de una manera particular. Más aún, hoy en día se considera que la naturaleza de las propuestas relacionales maternas tiene una importancia fundamental. El bebé no es sensible únicamente a la satisfacción de sus necesidades. Por el contrario, pensamos que el bebé percibe finamente y reacciona a la calidad de las modalidades relacionales en las que se ve inmerso y que él mismo contribuye activamente a crear. Es decir que los bucles relacionales creados entre lo que el bebé emite, la respuesta que la madre le devuelve y la manera en que esta respuesta es recibida, transformada y re-enviada, estos bucles actúan a la vez como reveladores y como organizadores del mundo interno de cada uno de los participantes en la relación. Esto se aplica evidentemente también al niño, al adolescente y al adulto, la diferencia residiendo en una sensibilidad relativa diferente según los individuos y los periodos.

Este cambio de paradigma –de un sistema cerrado a un sistema abierto e interactivo- ha sido de hecho el resultado de la acumulación de desarrollos parciales que han intervenido progresivamente. Dos líneas de pensamiento han tenido una importancia decisiva. La primera concierne la cuestión de la relación del sujeto con su medio. La segunda es de orden cronológico y se refiere a los periodos estimados como determinantes para el desarrollo del individuo.

Muy brevemente resumido, la primera de estas líneas de pensamiento concierne la relación del individuo con su medio. Un aspecto fundamental del primer modelo freudiano residía en la hipótesis de una primera fase en el desarrollo, de carácter muy particular, llamada “narcisismo primario”. En esta fase, se suponía que el bebé estaba enteramente centrado en sí mismo, su objetivo fundamental siendo la satisfacción de sus necesidades. Se concebía esta hipotética fase de narcisismo primario como un estado ideal e ilusorio de completa satisfacción y autarquía que reposaba sobre una actitud, del bebé, caracterizada por la indiferencia hacia el exterior y por el rechazo de todo aquello susceptible de perturbar su equilibrio interno. En resumen, el exterior contaba para el bebé únicamente en tanto

que suministro de satisfacciones, el resto no le interesaba en absoluto.

En lo que concierne a la segunda de estas dos líneas de pensamiento, la cuestión cronológica, Freud exploró en particular el periodo, relativamente tardío, en el que se elabora el complejo de Edipo. Es ésta una noción de importancia fundamental que conserva actualmente el carácter central que le atribuyó Freud en su día. Seguimos considerando que, a través del Edipo, el niño aprende a gestionar los sentimientos de rivalidad y de exclusión, construye un sistema de identificaciones y se apropia los valores sociales que le permiten entrar a formar parte de la sociedad de los humanos.

Sin embargo, ya en vida de Freud se inició una complicación creciente del modelo. Autores como Ferenczi o Melanie Klein o, más tarde, Winnicott o Bion contribuyeron a la elaboración de una nueva visión del desarrollo del individuo que se alejaba de Freud en las dos direcciones de las que vengo de hablar. Por una parte, el nuevo paradigma insiste en la imposibilidad de comprender el desarrollo del individuo independientemente de sus relaciones de objeto. Utilizo aquí la palabra "objeto" en un sentido amplio: objeto es todo aquello que es considerado exterior al sujeto, diferente y otro que él mismo y que puede movilizar su interés, en un sentido positivo o negativo. Por otra parte, desde el punto de vista cronológico, en esta concepción, el acento recae en la precocidad de los periodos sensibles del desarrollo. Es como si el modelo diera un doble salto hacia atrás, hacia el "antes". En primer lugar, en términos temporales: la relación con los objetos primarios, con la madre o sus sustitutos, adquiere una importancia central. En segundo lugar, en términos formales: lo importante no son solamente los acontecimientos relativamente tardíos de los que cabe guardar un recuerdo verbal. Es preciso interesarse por lo más primitivo y arcaico, por lo pre-verbal.

De una manera más precisa, según esta segunda concepción, el bebé, lejos de vivir encerrado en sí mismo, se orienta hacia los objetos desde el principio de su existencia. En consecuencia, el bebé no puede ser comprendido fuera de la trama compleja de relaciones de objeto que le rodean y que él

contribuye a crear y desarrollar de una manera extraordinariamente activa. Ya no estamos en una “psicología de una persona” sino en una “psicología de dos personas”, interactiva y relacional. El paradigma hidráulico se muestra insuficiente; los psicoanalistas de hoy día se ven forzados a recurrir a las “nuevas metáforas” proporcionadas por la ciencia contemporánea, en particular la teoría de las catástrofes, el concepto de auto-organización y la teoría del caos (3).

Hay que señalar que esta concepción psicoanalítica del desarrollo comprendido en términos de una implicación extraordinariamente temprana del bebé en una trama compleja de relaciones de objeto, ha anticipado de hecho ciertos descubrimientos de la psicología experimental contemporánea. En efecto, hoy en día se admite que el bebé llega al mundo dotado de una serie de competencias innatas complejas que le permiten, desde el inicio de la vida, entrar en contacto con su medio, comunicar con él e influenciarlo activamente. Lejos de vivir encerrado en un cascarón autárquico, el niño busca y disfruta de aprender y de descubrir que es un agente activo en las interacciones. En consecuencia, la noción de narcisismo primario, íntimamente ligada a las concepciones neurofisiológicas de la época de Freud, pierde gran parte de su valor explicativo y heurístico (4).

CONSECUENCIAS

¿Qué tiene todo esto que ver con la psicoterapia del adolescente y la evolución en los métodos de crianza? Una primera consecuencia es la necesidad de considerar no sólo lo que podríamos llamar aspectos externos, logísticos, de los métodos de crianza: ¿quién hace qué y cuándo? sino las implicaciones fantasmáticas y emocionales de lo que se hace y de lo que no se hace, de quién lo hace y de cómo se hace. La segunda consecuencia importante, de la cual me voy a ocupar con preferencia, concierne la contra-transferencia del psicoterapeuta.

Señalé al principio la interdependencia entre nuestra comprensión de la manera en que concebimos cómo un individuo

puede enfermar y la manera en que pensamos que se puede curar. Esto nos obliga a considerar nuestros modelos explícitos e implícitos de proceso terapéutico. Dicho de una manera muy resumida, en el contexto del modelo hidráulico que hemos descrito, Freud consideró en un principio la neurosis como resultado de la represión de experiencias traumáticas infantiles de seducción sexual. En consecuencia, el objetivo de la cura no podía ser otro que la rememoración la más completa de las experiencias traumáticas reprimidas. Sin embargo, con el tiempo, Freud tuvo que renunciar a esta ilusión inicial. Así, paulatinamente Freud llegó a la conclusión de que la rememoración completa es imposible y esto en razón de dos impedimentos mayores. Por un lado, tuvo que rendirse a la evidencia de que frecuentemente los recuerdos de un paciente no son otra cosa que el producto de sus fantasmas. Por otro lado, las experiencias muy precoces no son inscritas en tanto que recuerdos de carácter verbal, de donde deriva la imposibilidad de su rememoración bajo la forma de recuerdos verbales.

Freud se encontró así en un callejón sin salida. Según el modelo de la neurosis que había construido, la solución reside en la rememoración. Sin embargo, la rememoración es imposible. La salida de este dilema vino del descubrimiento del valor de la transferencia: lo que el sujeto no puede recordar, lo reproduce en su relación con el analista (5). Dicho en palabras de Freud: "lo reproduce no en tanto que memoria, sino en tanto que acto". Freud da varios ejemplos: el paciente no se acuerda de haber desafiado y criticado a sus padres, pero actúa de esta forma con su analista. No recuerda el doloroso fracaso de su curiosidad infantil pero se queja de no lograr nunca nada en la vida. No recuerda haberse avergonzado de ciertas actividades sexuales infantiles, pero esconde cuidadosamente a su entorno el hecho de que está en análisis.

De esta forma, Freud encontró solución al problema técnico encontrado: lo que no puede ser rememorado será deducido, "reconstruido" a partir de la transferencia. ¿Y cuál será la actitud del analista que mejor puede facilitar esta reconstrucción? La respuesta de Freud es clara, el analista debe comportarse como un espejo capaz de reflejar la transferencia del pa-

ciente de la manera más exacta y más libre de contaminación posible. Consecuentemente el analista debe controlar su contra-transferencia, dejar de lado sus propios sentimientos y fantasmas, con el fin de no deformar la imagen proyectada por el paciente. Esta concepción es solidaria del paradigma hidráulico, el sistema puede y debe ser entendido en sí mismo, la referencia al exterior debe mantenerse lo más discreta posible.

Con el paradigma más actual, que resalta la imposibilidad de comprender el desarrollo del sujeto fuera de la consideración de sus relaciones de objeto, el valor atribuido a la contra-transferencia cambia de manera importante. Pensamos ahora que el analista y el psicoterapeuta no pueden funcionar como un espejo que devuelve con completa neutralidad lo que se ha proyectado en él. Por el contrario, damos por descontado que el terapeuta reaccionará a lo que le envía su paciente con un entramado complejo de emociones y fantasmas, en gran parte inconscientes. Más aún, consideramos que estas emociones y fantasmas contienen un valor informativo de importancia fundamental. Dicho en otras palabras, no es sólo que suponemos de antemano que un terapeuta no puede mantenerse insensible a su paciente, es que, si esto fuera posible, supondría una pérdida gravísima para el tratamiento.

Sin embargo, y esto es fundamental, sentir no implica actuar. El terapeuta debe aplicar el doble precepto freudiano: atención flotante, neutralidad benevolente no sólo a lo que viene del paciente sino a lo que surge en sí mismo. En ambos casos el objetivo es el mismo, ampliar la escucha al máximo, dejar la puerta abierta a toda posibilidad nueva, no juzgar de antemano. Hay una idea propuesta por Bion y desarrollada posteriormente por la escuela post-kleiniana inglesa, en particular por Betty Joseph, Feldman, Steiner y Britton, que me parece particularmente útil en este contexto. Se trata de la idea que el paciente no sólo va a revivir con su analista aquello que no puede recordar, sino que empujará inconscientemente a su analista a adoptar ciertos roles coherentes con sus paradigmas relacionales inconscientes.

Es decir, retomando el ejemplo de Freud, el paciente que no recuerda haber desafiado en su infancia no sólo se va a

mostrar desafiante hacia su terapeuta sino que empujará inconscientemente a este último a actuar de una manera particular frente a su desafío. No es suficiente comprobar que el paciente desafía. Hay muchas maneras de desafiar, y sobre todo, hay muchos objetivos diferentes que podemos perseguir cuando desafiamos. El hic de la cuestión es que el mejor revelador de la naturaleza profunda del fantasma del paciente es precisamente la respuesta contra-transferencial del terapeuta, a condición desde luego de que la sienta, la piense y no la actúe.

Así, frente a un paciente retador, podemos reaccionar, por ejemplo, con una actitud de reto, de retorsión o de sumisión masoquista, de indiferencia, de desprecio o, al contrario, de más o menos disimulada admiración. Nuestra visión actual de la contratrtransferencia se aleja de la de Freud en el hecho de que hoy día consideramos que estas reacciones emocionales del terapeuta no suponen una pérdida en su función de espejo sino que, por el contrario, permiten acceder a aspectos fundamentales del fantasma inconsciente del paciente, aspectos que de otra manera se perderían (6). En otras palabras, la comprensión detallada de la experiencia emocional del paciente deriva no sólo de lo que el paciente nos dice sino de los aspectos más arcaicos, con frecuencia preverbales, vehiculados por los roles que paciente y terapeuta se ven obligados a adoptar.

Volviendo a mi paciente. Es difícil saber qué hizo que Luis se decidiera a consultar en el momento preciso en que lo hizo. De una manera o de otra, se rompió en ese momento el equilibrio defensivo que le había permitido ir tirando hasta entonces. Entiendo por equilibrio defensivo la negociación, por parte de cada individuo, entre las necesidades pulsionales y narcisistas, por un lado, y las exigencias provenientes tanto de su superyo como de la realidad externa.

En un momento dado Luis necesitó construir un nuevo equilibrio defensivo y vino a la terapia con ese objetivo. Hay una pregunta que me parece importante. Cuando una persona consulta a un psicoterapeuta, ¿por qué lo hace?, ¿es porque quiere cambiar? En realidad pienso que no. En realidad, en una

situación de conflicto y de crisis, lo que de verdad querríamos es que cambiase los otros, que cambiase el mundo para adaptarse mejor a nuestras necesidades. Y con frecuencia es únicamente cuando comprobamos finalmente que el mundo no va a cambiar, que nos resignamos a intentar cambiar nosotros. Pero cambiar es un trabajo costoso y doloroso, de manera que, inevitablemente, intentamos construir una situación más tolerable pero con el menos gasto posible. Es decir, cambiar porque no hay otro remedio pero cambiar lo mínimo.

En el contexto de una psicoterapia, esta búsqueda de un cambio mínimo conduce inevitablemente a intentar utilizar al terapeuta, inconscientemente, de una manera que podríamos llamar ortopédica. Es decir, intentaremos utilizar la terapia no tanto para transformarnos como para obtener los complementos y las gratificaciones que necesitamos. Así, si nos sentimos solos, esperaremos que el terapeuta esté ahí para acompañarnos; si sufrimos de falta de amor o de autoestima o de masoquismo, imaginaremos que el terapeuta es todo bondad o que nos admira o que nos castiga. Y empujaremos necesariamente al terapeuta, de manera inconsciente pero con frecuencia con gran habilidad, en la dirección deseada.

Retomemos los tres elementos de lo que podríamos llamar el plan de salvamento de urgencia que trae Luis a la terapia. Su fuerte motivación y su declaración de ilimitada confianza: “usted es la psiquiatra que mejor me ha entendido nunca, con usted la terapia va a funcionar”, no pueden dejar insensible al terapeuta. Podemos suponer en Luis una intencionalidad seductora inconsciente, cuyo objetivo es ganarse la alianza del terapeuta al tiempo que le señala el papel que se le atribuye en dicho plan de salvamento: el de un personaje ideal y salvador. Esta idealización era seguramente necesaria a Luis para mantener su motivación en un primer momento, pero no estaba desprovista de riesgos. Riesgos para Luis y riesgos para el terapeuta, riesgos para la terapia. Me parece, en efecto, que, para un terapeuta dotado de las habituales e humanas necesidades narcisistas y reparadoras, en gran parte inconscientes, es éste un tipo de tentación particularmente difícil de resistir. Ser el mejor terapeuta, el único que ha comprendido a un

adolescente con serios problemas, el que le va a salvar. Y es precisamente el hecho de percibir en sí mismo la tentación narcisista de querer creerse el “mejor psiquiatra” lo que permite al terapeuta identificar más finamente el aspecto de su mundo interno que Luis está actuando en el momento presente. En otros términos, están, por un lado, las palabras de Luis, pero las palabras pueden esconder motivaciones diversas. ¿Cómo orientarse entre las diversas posibilidades? La experiencia emocional del terapeuta es precisamente lo que le ayuda a precisar, entre los varios contenidos posibles, aquel que parece más probable

Por otro lado, escuchando la declaración de total confianza de Luis, me vino a la mente la imagen del amigo boxeador y el viejo refrán: “Cuando veas las barbas de tu vecino pelar, pon las tuyas a remojar”. Era como si Luis me estuviera advirtiendo inconscientemente, recordándome el carácter frágil y efímero de la mayor parte de las idealizaciones. O mejor dicho el fracaso inevitable de tan tentadoras ilusiones de salvación.

Otro elemento importante de la declaración programática de Luis es su teoría “traumática”: la culpa es de los padres, que no le han querido suficientemente, que no se han ocupado de él como debían. Este tipo de acusaciones a los padres es frecuente, trans-cultural y trans-temporal. Ya en 1932, en las Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis, (7) Freud había señalado el carácter universal del fantasma de haber sido injustamente tratado por la madre. Analizando el rencor hacia la madre y las reivindicaciones despertadas en la niña por el destete, y tras reconocer la posibilidad de elementos de realidad, Freud concluye: “Pero cualquiera que hayan sido las circunstancias reales, es imposible que el reproche de la niña sea justificado tan frecuentemente como lo hallamos. Parece más bien que el ansia de la niña por su primer alimento es, en general, inagotable, y que el dolor que le causa la pérdida del seno materno no se apacigua jamás. No me sorprendería que el análisis de un primitivo, amamantado hasta una época en que ya sabía hablar y corretear, extrajera a la luz el mismo reproche... La exigencia de cariño del sujeto infantil es desmesurada: demanda exclusividad y no tolera compartirlo.”

Como lo señala Freud, en el caso de Luis hay ciertamente elementos reales: sus padres han estado muy ocupados, a nivel logístico por sus carreras y sus diversas actividades, a un nivel más profundo probablemente por los duelos de dos niños muertos y de un nacimiento prematuro; las filles-au-pair se han sucedido al ritmo de una por año. Pero están también los elementos emocionales y fantasmáticos, tanto aquellos pertenecientes al mundo interno de los padres como los que nos interesan más particularmente en el contexto de esta psicoterapia: las emociones y fantasmas de Luis, su pulsionalidad, la manera como ha gestionado tanto su realidad externa como las exigencias inagotables y desmesuradas de cariño que Freud describe en cada niño.

Y finalmente están también, en lo que concierne a la psicoterapia, los conflictos y las identificaciones inconscientes del terapeuta: la manera como él mismo ha gestionado sus propias exigencias desmesuradas, la manera como siente haber reaccionado a las demandas de sus propios hijos, la manera como hubiera querido haber podido gestionarlas y finalmente su reacción ante las demandas inagotables del paciente que tiene en ese momento delante.

Aquí es donde puede intervenir el efecto desestabilizador de condiciones sociales en mutación, que privan al individuo de puntos de referencia establecidos. Con frecuencia, los métodos de crianza vigentes en la infancia del terapeuta difieren grandemente de los que ha proporcionado a sus hijos y aún más de los que ve utilizar a sus pacientes. Pueden reanimarse en el terapeuta conflictos y duelos narcisistas mal resueltos: lo que ha vivido de niño y lo que le hubiera gustado vivir; lo que ha sido y lo que le hubiera gustado ser; lo que es y lo que quisiera poder ser.

En una tal situación de tormenta interna, las comunicaciones del paciente pueden convertirse en la gota que desborda el vaso contra-transferencial y el terapeuta puede caer en dos escollos opuestos: por un lado, el de compartir implícitamente con su paciente la condena de los padres; por el otro, a la inversa, el de justificarlos y no poder prestar suficiente atención a lo que el paciente ha vivido. En ambos casos el

terapeuta entra en colusión inconsciente con aspectos del mundo interno del paciente y corre el riesgo de reforzar los clivajes. Por ejemplo, alimentando el fantasma: “los padres de este chico son deficientes y él es una pobre víctima. Yo por el contrario soy mejor padre y mejor terapeuta”, o bien, en el extremo opuesto: “pobres padres que este chico acusa probablemente de forma exagerada, de la misma manera que yo puedo ser injustamente acusado en tanto que padre o en tanto que terapeuta”.

Se podría decir que todo esto es lo propio de la psicoterapia en todas las edades, no sólo en la adolescencia. Probablemente sea cierto. Quizá el elemento que agudiza el conflicto contra-transferencial en las terapias de adolescentes sea el temor al paso al acto. Por otro lado, en el caso particular de Luis, es probable que la presión resentida por el terapeuta, presión a sentir, a identificarse y a actuar, aumentara como consecuencia de la fuerte idealización. Era como si el chico me hubiera transmitido varios mensajes implícitos y urgentes. El primero: “necesito idealizarte”, el segundo “si no compartes mi versión sobre mis padres no podré idealizarte”, y el tercero “si me fallas, si no te puedo idealizar y fracasa esta terapia, no me quedará más solución que el suicidio”.

En los casos extremos, frente a modalidades de crianza que nos resultan particularmente chocantes, el terapeuta puede sufrir una especie de parálisis traumática del pensamiento de carácter defensivo. Se ve entonces tan sumergido por sus emociones y sus fantasmas que el aspecto chocante se convierte en la lente permanente a través de la cual considera al paciente, con el resultado de focalizar y reducir su escucha. Así, puede ocurrir que durante un cierto tiempo, el adolescente sea visto bajo el prisma único, o predominante, del “niño que pasó seis semanas en la incubadora”, o “el niño que cambiaba de fille-au-pair cada año” y que todo lo que el paciente cuenta sea visto bajo este prisma. El terapeuta evita así el esfuerzo, a veces importante, de mantenerse en contacto con aspectos contradictorios de la realidad y puede caer en la tentación de refugiarse en certitudes tranquilizadoras pero esterilizantes. Frente a la complejidad de la realidad, el terapeuta puede pri-

vilegiar una causalidad única, como Luis hacía al atribuir todos sus problemas a sus padres.

Para terminar, dos palabras sobre la evolución de la terapia. Vi a Luis durante dos años a razón de una vez por semana. No faltó nunca a una sesión. Quizá lo más impresionante, y lo más gratificante del trabajo con él fue su curiosidad por su mundo interno y la profunda satisfacción de irse conociendo poco a poco y de ir viendo el mundo diferentemente. Con el avance de la terapia, Luis comenzó a traer recuerdos de los padres de un signo muy diferente a los iniciales. Por ejemplo, recordó las baldosas que había instalado con su padre en la granja, la satisfacción del trabajo bien hecho y el orgullo de su padre por la habilidad de su hijo. Al final de la terapia, Luis “recuperó” un recuerdo “olvidado” o, mejor dicho, un recuerdo que se había mantenido inerte por incompatibilidad con su equilibrio defensivo inicial. Su padre también había abandonado los estudios a la misma edad que él, se había puesto a trabajar y los había retomado más tarde con la ayuda, y bajo la impulsión, de un tío paterno particularmente comprensivo. Es lo que acabó por hacer él mismo. Escogió derecho.

Del último mes de la terapia, recuerdo dos cosas. La primera, un acto fallido: se olvidó por primerísima vez de una sesión, le recordé que debía pagarla. Su reacción fue de sorpresa, de desilusión y de cólera. Descubrió allí que yo no era tan idealmente comprensiva como su tío paterno, pero pudimos hablarlo tranquilamente y siguió viniendo a las sesiones. Tomé este acto fallido como una materialización del necesario trabajo de des-idealización. Luis podía ahora arriesgarse a faltar a una sesión y a descubrir que yo no era la soñada terapeuta toda comprensión y amor. Y que él tampoco, en su relación conmigo, era todo bondad.

La segunda cosa que recuerdo, fueron ciertas reflexiones sobre la ausencia de sus padres durante la infancia. Un día Luis me dijo: “Es curioso, ya no lo veo tan claro, es como si ya no tuviera tanta importancia”. Pensé que una cierta transformación de sus fantasmas inconscientes le había permitido una visión nueva del pasado, de manera que los recuerdos podían adquirir sentidos nuevos y valores diferentes. Esto me hace

pensar en una cita que debo a Juan Manzano. Ha sido atribuida a varios autores, entre ellos Guillermo de Ockham, y dice: "Para todo problema complejo hay una solución simple: es falsa". Lo que, aplicado a la psicoterapia del adolescente y a los nuevos métodos de crianza, me hace pensar en la complejidad de la vida, la incertidumbre de nuestros modelos teóricos y la capacidad de los niños, de los adolescentes, de los adultos, e incluso de los psicoterapeutas, de sobrevivir a los cambios y de integrarlos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abella A. (2008): La construction, entre une psychanalyse des contenus et une psychanalyse des processus: transformation ou défense ?, Rev. Franç. Psychanal., 5: 1631-40.
- Ellenberger H. F. (1970): *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psicología dinámica*, Madrid: Gredos, 1976.
- Freud S. (1914): « Recuerdo, repetición y elaboración », Ed. Biblioteca nueva
- Freud S. (1932): Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis, p. 3170-1. Ed. Biblioteca nueva
- Makari G. (2008): *Revolution in mind. The creation of psychoanalysis*. HarperCollins.
- Manzano J. (2007): La part des neurosciences dans les constructions psychanalytiques. L'exemple du développement précoce. Rev. Franç. Psychanal. 2: 327-37.
- Pragier G. et Faure-Pragier S. (1990): Un siècle après l'Esquisse: nouvelles métaphores ? Métaphores du nouveau. Rev. Franç. Psychanal., LIV, 61395-1500.

DEBATE CON LOS PONENTES: ADELA ABELLA Y ALAIN BRACONNIER*

Maite Urizar: Muchas gracias por estas dos exposiciones que yo creo que nos han hecho pensar a todos y que desde distintas perspectivas me atrevo a decir que son complementarias en el sentido de la importancia de los cambios, pero también de lo que permanece a través de los cambios. Sin más cedo la palabra a todos vosotros que creo que estaréis deseosos de debatir.

Público: Brevemente a los dos muchísimas gracias. La verdad es que hay que pensar muchas cosas, pero se me ocurrió con la primera exposición sobre el final de la adolescencia los aportes de algún modo de muchos psicoanalistas acerca de cuándo el proyecto de la pareja adolescente decide sobre el proyecto de hijo y el final de la adolescencia. Era una pregunta para la primera exposición. Para la segunda exposición brevemente también, gracias por recordarlo todo en una trayectoria. Digamos que me hizo evocar fundamentalmente sobre esta frase de Winnicott en cuanto a la importancia del encuadre en la psicoterapia y desde ahí lo que se marcaba sobre la contra-transferencia y en donde están dos pero se crea un significado o una creación de algo nuevo.

Público: Estoy pensando que al final la doctora Abella me ha convencido. Yo creo que estamos en un espacio infanto-juvenil y que esto marca centrarnos en el sufrimiento que los

* Transcripción del debate con Alain Braconnier y Adela Abella, participantes de la tercera 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.

cambios producen en los niños, pero quizás nos falte un poco más para ver como todo esto se ha integrado en los adultos. Y quizá, yo pensaba en el discurso tanto de esta mañana como en el de ahora, cuando tenemos pacientes adultos ¿cuestionamos a alguien el deseo de separarse?, ¿encontramos que es insano que se separe y se cuestione el sacramento del matrimonio? ¿Qué pasa? ¿Nos cuestionamos en nuestras pacientes su capacidad de maternaje porque trabajan? ¿Nos cuestionamos o cuestionamos a la mujer que quiere ser madre soltera o que quiere adoptar hijos o está necesitando de inseminación artificial? Creo que esto es importante por no quedarnos en lo que es el sufrimiento de los niños y los adolescentes por los cambios, porque si no, creo que tenemos el riesgo de negar los avances individuales y colectivos que nacen de las nuevas identidades y de las nuevas identificaciones. A mí no se me ocurriría ya a ninguna madre decirle que no lleve al niño a la guardería. En cambio hay estadísticas que dicen que los niños no vayan. No sé si me he explicado pero yo creo que estancarnos en ver a los niños sólo como víctimas de unas contradicciones, es dificultarles justamente nuevas identidades y nuevas identificaciones que serán en definitiva los valores que ellos asumirán personalmente y en su contexto social.

Alain Braconnier: A propósito de las dos preguntas planteadas tengo que decir que tenemos un punto en común: el proyecto de niño. Se suele decir que el proyecto de niño es ya un signo del final de la adolescencia, el signo de que los adolescentes ya se representan a sí mismos como padre o madre. Pero las cosas no están tan claras: cuando nos encontramos con los embarazos de la adolescencia nos preguntamos si se trata de un proyecto de niño o, me atrevería incluso a preguntar, si se trata de una auto-terapia de la adolescencia. Claro que hay un deseo de niño, pero es tan reparador, a veces tan narcisista, a veces tan cargado de provocación o de dificultad para pensar el verdadero significado del deseo de niño que decir que el proyecto de niño significa el final de la adolescencia no vale para todas las situaciones; estos embarazos de las adolescentes lo demuestran.

En cambio, la capacidad para poder representarse como padre o madre sí podría considerarse como un signo del final de la adolescencia, ya que, en el fondo, se sale de una posición intermedia en la que uno se representa a sí mismo identificado con los padres.

Es por esto que yo lo relacionaba con el otro tema, en el sentido de que actualmente, el proyecto de niño es mucho más tardío y no afecta al mismo número de niños que antes. Pero, ¿significa esto que nos encontramos ante una problemática diferente de identidad-identificación menos buena, o por el contrario, ante una problemática de identificación mejor? No sabría responder, pero lo que sí puedo decir es que hay a pesar de todo, una continuidad en la historia humana: este paso de la infancia a la edad adulta es un paso transitorio pero no sencillo. Decía antes que esa cita según la cual para todo problema complejo hay una solución simple, es falsa, lo que me lleva a preferir otra, según la cual hay que hacer las cosas complejas lo más simples posibles pero no más simples de lo que se puede. Hay que tratar de comprender la complejidad pero no descalificarla por la dificultad que conlleva a la hora de resolverla.

Este tema de la identidad-identificación se encuentra en el fondo de todo este debate ya que corresponde al problema central de la adolescencia. Tiendo a pensar que actualmente nos vemos confrontados a él más que en épocas anteriores, pero ¿es debido a los cambios sociales? Tal vez. ¿Es debido a mi propia evolución en la manera de entender los problemas de la adolescencia?

Creo que estamos en una sociedad en la que en el fondo de este tema de la identidad-identificación se encuentra la problemática narcisista, es decir, la relación consigo mismo y que este deseo de niño, cuando llega, aun siendo sin lugar a dudas un deseo de paso de la infancia a la edad adulta y aunque es verdad que siempre ha estado infiltrado por el narcisismo y la proyección de uno mismo en el futuro, actualmente, este famoso niño-rey es un niño-rey que soporta muy a menudo una fuerte carga narcisista parental. Juan Manzano, que ha trabajado sobre los escenarios narcisistas de la parentalidad, no estaría en desacuerdo con este punto de vista.

Adela Abella: La última pregunta que se ha hecho ahora me hacia recordar el debate que se ha seguido esta mañana y me parece que estamos confrontados a una doble necesidad simultanea. Por un lado, la necesidad de acoger los cambios sociales que están ocurriendo de entrada (porque están ocurriendo ya y no tenemos más remedio). El que nosotros estemos preocupados o en contra de ellos no significa que no van a ocurrir. Es necesario acoger los cambios sociales y al mismo tiempo estar atentos a lo que esos cambios pueden ocasionar tanto en el sentido positivo como en el negativo. Es decir que, en la colaboración entre una visión sociológica o antropológica y una visión psicoanalítica, quizás es importante como siempre que se trata de colaboración entre dos disciplinas diferentes, intentar enriquecerse mutuamente sin evitar las contradicciones y la lucha interna que puede haber entre diferentes aspectos. Quiero decir con eso que, en tanto que psicoanalistas, al mismo tiempo que nos podemos enriquecer con los aportes de disciplinas muy variadas quizá lo fundamental que podemos hacer es estar atentos al carácter profundamente individual y particular de la experiencia de cada individuo. Eso es lo que nos concierne fundamentalmente, intentar entender como cada individuo vive una situación determinada. Hablando esta mañana con Mari Rose le daba un pequeño ejemplo de cuando llegue yo a Suiza. Al de poco de llegar, vi una madre consultar por un niño ya mayorcito. Esta madre española que venía del campo, estaba profundamente dolorida por el recuerdo que ella tenía de cómo se había ocupado de su niño. Ella contaba que la pediatra le había explicado que lo mejor para el niño era que no durmiera con los padres y que durmiera desde el principio solo en su habitación. Y esta mujer queriendo hacer el bien puso al niño a dormir solo en su habitación. El niño se desarrollaba bien, no había problemas mayores pero esta mujer quedó con un sentimiento profundo de haber abandonado al niño y de que el niño había sufrido de soledad. Uno siempre puede pensar que ahí hay una elaboración posterior de la madre, y que la madre selecciona y deforma el recuerdo... pero de cualquiera de las maneras, para una mujer, una madre suiza que ha visto a su madre poner al niño solo en su habitación, que ella misma ha estado colocada solita en su habita-

ción desde el principio, que lo ve y lo tiene integrado, seguramente esa madre puede gestionar las angustias del niño y sus propias angustias con toda tranquilidad. Pero una madre española que está acostumbrada al contrario e identificada con modelos contrarios, probablemente no pueda gestionar ni sus angustias ni las del niño en una situación que vive como profundamente extraña y alienada.

María Verdejo: Buenas tardes, quería comentar algo en relación a lo que ha dicho el Doctor Braconnier, sobre este momento de época en el que la adolescencia se ve prolongada, prolongada y prolongada, donde la construcción del ideal del yo no termina y hay una regresión hacia el yo ideal. Esto es lo que creo que usted ha comentado. Me ha interesado muchísimo y me ha hecho pensar también en este momento de época, en este momento actual, donde sí tenemos un ideal, o creo no sé, igual usted no está de acuerdo y lo podemos conversar. Si hay unos ideales sociales, yo creo que tenemos que escuchar bien estos ideales de época porque son unos ideales pragmáticos, unos ideales de consumo, donde realmente lo que se transmite a la nueva generación y por parte creo de nuestra generación, los adultos, es precisamente eso: consume rápidamente, relaciones cortas, en cuanto que algo sucede cambia, trabaja también a corto plazo, cambiando...yo lo que me pregunto en este sentido es dónde hacer la continuidad o cómo hacer la continuidad y por otro lado quería comentar en este sentido también la importancia del trabajo multidisciplinar para poder realmente comprender la época y poder hacer una práctica que se adecue a nuestra época sin olvidar para nada lo que significa la construcción del psiquismo. Muchas gracias.

Alain Braconnier: Ha entendido Vd. muy bien mi argumento sobre las dificultades actuales para lograr ideales del yo, es decir proyectos de futuro. Si estos proyectos de futuro no van acompañados del sentimiento de que pueden ser suficientemente imaginados, fantaseados y logrados, sin hablar de la dimensión inconsciente, el sujeto puede hacer una regresión hacia una idealización de sí mismo. Los ideales sociales, y vuelvo a recordar que no soy sociólogo, así como los cambios

actuales son pragmáticos, rápidos... hay una dimensión "zapping" de la vida, pero entonces, ¿cómo representarnos desde nuestra posición como profesionales la posibilidad de imaginarnos una continuidad tan importante para el ser humano?

Esta excelente pregunta me lleva a decir que en el fondo, y lo recordaba en la conclusión, el ser humano tiene mayor capacidad de resistencia vital que lo que nos imaginamos. No tenemos que desesperarnos. Aun cuando vemos los cambios actuales desde una perspectiva más bien negativa, pienso que pueden convertirse en fuente de resistencia cada vez mayor para cada uno de nosotros. Con una salvedad: los más frágiles tienen menor capacidad de resistencia. Esa capacidad de resistencia a la que llamamos fuerza del yo o de otra manera, exige, sin embargo, no verse atrapada en avatares personales que impidan precisamente dicha capacidad.

Podemos preguntarnos si nuestra sociedad no ataca precisamente a los más débiles. Puede resultar demagógico pero les voy a poner un ejemplo muy concreto y estoy seguro que en Europa compartimos experiencias similares; había una clase de gran empresa que podía permitirse la contratación de trabajadores ligeramente frágiles. Actualmente las empresas contemporáneas, desde el criterio de rentabilidad y beneficio, no permiten contratar empleados frágiles. Esto lo saben bien todos los médicos laborales. Este ejemplo puede aplicarse a la sociedad en general. ¿Cómo podemos tolerarnos, soportarnos, si los contextos parentales y sociales no pueden soportar a los sujetos frágiles?

Esta cuestión de la continuidad se plantea con toda crudeza precisamente para estas personas. Pero pienso que afortunadamente, el sujeto humano, si no tiene que hacer frente a demasiadas dificultades, es más capaz de resistir que lo que imaginamos. Creo también en otra manera de pensar, en otro aspecto: hay, a pesar de todo, grandes estructuras estables en el psiquismo humano y, sea cual sea el tipo de sociedad, estas grandes estructuras estables siguen estando presentes, a condición de que el sujeto las haya podido construir: les hablaba de la capacidad de amar y amarse, he aquí una gran estructura estable, la relación con otro, con su dimensión de comple-

mentariedad, también, aunque esta relación de complementariedad pueda estar amenazada.

Dicho de manera simple, tal vez demasiado simple, por lo que no debe de ser verdad, nos encontramos con adolescentes que se enamoran por primera vez, y para el chico, una chica es un misterio, y para la chica, un chico es un misterio. Vds. me dirán que es así durante toda la vida, pero pienso que todo esto permanece muy estable. ¿Cómo mantener una relación de complementariedad con otro, es decir confrontarse con la propia castración? Se trata de estructuras estables.

El único punto que me resulta problemático actualmente es precisamente cómo construir esta imagen de continuidad en el amor de sí mismo, en la representación de sí mismo, frente a todos estos cambios. Esta es para mí la única problemática que ataca directamente en lo más profundo al ser humano, a pesar de las capacidades de resistencia que ya he mencionado.

Fernando Cavaleiro: Me han interesado enormemente las dos exposiciones que tienen un punto de coincidencia, (tienen muchos puntos de coincidencia) que me ha interesado, y es el de poner el acento en la realidad, lo que decía Alain Braconnier que era una cuestión que podía ser mal vista a nivel de algunos ambientes psicoanalíticos o algunas teorías psicoanalíticas y la importancia de la realidad compleja que significa la contratransferencia como exponía Adela. Una realidad compleja, no un realidad simple y sencilla, sino una realidad que también hemos visto esta mañana en la transculturalidad y en un montón de cosas. Indudablemente, cuando estamos hablando de contratransferencia estamos hablando de algo muy complejo.

Cuando nos encontramos con una sociedad compleja y nos encontramos también con una realidad que retrasa la adolescencia en mucho aspectos y que va más en un sentido de generar el yo ideal y no el ideal del yo, os pregunto: ¿Qué se les podría decir a los sociólogos, a los políticos, a los educadores, confrontados con la crianza de la adolescencia? ¿Es que hay alguna manera o alguna conclusión concreta que desde detrás del diván escuchando a adolescentes, o desde la realidad social vista como una visión un poco dinámica, se le

podría aportar a quienes se preocupan de la sociedad y de los fenómenos adolescentes sociales? Creo que habéis respondido en cierta medida, pero quería apretar más y ver si hay más cosas que ahora o en el coloquio posterior puedan ir saliendo.

Maite Muñoz: Una pregunta muy cortita para Adela, igual es una tontería porque es una cuestión semántica sin más pero si me interesaba preguntarte una cosa, ¿espejo o pantalla? Lo digo porque en tu exposición has utilizado varias veces la expresión del terapeuta como espejo. Igual espejo-pantalla es equivalente, pero a mí me parece que podría tener un pequeño matiz y que hay detrás un concepto que podría variar mucho la cosa, porque en la pantalla se proyecta, pero el espejo devuelve la propia imagen. Mi opinión sería que más bien el analista es mas pantalla que espejo pero me interesaba mucho lo que piensas tu puesto que empleas mas la otra palabra.

Carmen Villanueva: Me han encantado las dos ponencias pero especialmente la tuya Adela porque eres mi amiga y la pregunta es para ti. Me ha encantado el concepto de utilizar la contratransferencia en beneficio del paciente y no actuarla sino pensarla, elaborarla y utilizarla en beneficio del paciente. En ese sentido te quería preguntar el tema de la idealización, ¿como la pudiste utilizar con relación a este chico? y por otro lado decirte que me ha dado una envidia tremenda porque yo jamás he tenido un adolescente que venga por su propia iniciativa y que además se pague el tratamiento.

Adela Abella: Muchas gracias, Carmen. Empezando quizá por tu pregunta, la cuestión de la idealización era importante porque como decía, por un lado me daba la impresión de que el chico necesitaba idealizarme para poder entrar en un trabajo terapéutico, pero al mismo tiempo había varios niveles diferentes. Esta idealización por un lado, me hacía pensar que él tenía que estar habitado por objetos internos, por imágenes internas de los padres, que él había idealizado mucho.

A mí me venía con este chico a la memoria una expresión que usaba mi madre de que había cosas que estaban como una perita en dulce, una perita que está tan madura que pones la mano y cae, no hay que hacer ningún esfuerzo. Este chico

parecía una perita así pero no era una perita así en absoluto. De poner la mano lo que iba a caer ahí en el mejor de los casos iba a ser la repetición de la experiencia que había tenido ya de ruptura con el chico anterior o bien una reparación provisional. Es decir, a mí me daba la impresión, y me sigue dando la impresión de que con frecuencia, cuando vamos a buscar una terapia ya no es porque uno quiere cambiar. Pienso que (usando una imagen de una casa que está destruida), lo que queremos es poner una viga para que se mantenga un muro, si hay una mancha de humedad poner un poco de pintura para que no se vea... pero claro, si hay una mancha de humedad y se pone pintura con eso no se consigue nada, se refuerza el problema y cuando se va a tener que atacar va a ser mucho más fuerte. La gran dificultad quizás fue esa. Lo que dices de que vengan por su cuenta y por iniciativa propia, yo también pienso que aunque él hablaba de una manera bastante despectiva de los terapeutas anteriores, probablemente había hecho más trabajo del que parece y del que reconocía. Con respecto a las lecturas de los tratamientos que no se han continuado, ha habido investigaciones que han mostrado que con mucha frecuencia la percepción que tiene el paciente que ha roto la terapia y la percepción del terapeuta son completamente diferentes. Ahí donde el terapeuta es negativo, con frecuencia el paciente tiene un buen recuerdo y piensa que la terapia le ayudó y que le fue útil. Ahí está la dificultad de cómo entender esa situación, y desde luego pienso que probablemente las expectativas narcisistas, las necesidades reparadoras del terapeuta no coinciden necesariamente con las necesidades de los chicos. Ahí puede haber un factor de distorsión.

Con respecto a la pantalla y el espejo, me parece que lo que dices es muy interesante. Yo no sabría que palabra habría que usar. La idea de fondo que me interesa es pensar que hay cosas que se van a reflejar directamente y que el terapeuta va a poder ver directamente, pero que también donde hay huecos, espacios vacíos y deformaciones nos informa del contenido del fantasma inconsciente. No es solamente en efecto una función de reflejo a no ser que se incluya en el reflejo, el reflejo de lo negativo, de lo que falta o de lo que está deformado.

ENTRE FAMILIA Y PARENTALIDAD: ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LAS DISCONTINUIDADES RELACIONALES*

Paul Denis**

Los psiquiatras infantiles conocen bien los efectos de la discontinuidad relacional debidos, por ejemplo, a la sucesión de acogimientos. Hace unos años, en una población de niños de 3 a 10 años, en un hospital de día, la media de los diferentes tipos de acogimientos era de 7,5. Pero no es este tipo de discontinuidad relacional el más frecuente; los cambios actuales en la manera de ocuparse de los niños así como las profundas modificaciones que se están produciendo en la familia están generando una serie de consecuencias psicopatológicas menos evidentes pero de un alcance difícil de valorar hoy por hoy.

Los primatólogos han constatado que el hombre es el único, entre los primates, que dispone de forma simultánea de una organización familiar y de una organización social. La oposición pertinente entre familia y sociedad sería específica del hombre. El ser humano, hasta el presente, parece haber evolucionado siempre entre estos dos espacios y dentro de sus relaciones recíprocas. Durante su evolución, el niño se desarrollaba

* 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.

Traducida por Xabier Tapia Lizeaga. Psicólogo Clínico. Asociación Altxa. Servicio de Atención Temprana. CSM Julián de Ajuriaguerra. Asociación Haurrentzat.

** Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Paris.

inicialmente dentro del espacio familiar, único al comienzo y poco a poco se le iba introduciendo en el espacio social con la ayuda eventual de ritos de iniciación.

Con las nuevas maneras de criar a los niños, sorprende observar cómo se va consolidando una tendencia a la socialización precoz; se tiende a sumergirlos, casi de golpe, en un espacio social colectivo. Se da por hecho que la guardería tiene la obligación de “socializar”; se defiende seriamente la escuela a los dos años. A su vez y de forma paralela, la familia ha cambiado considerablemente, tanto desde el punto de vista de su papel en el conjunto social como de su funcionamiento interno, cuando existe. Observamos asimismo en los textos legales que la noción de parentalidad va ocupando el lugar de la noción de familia.

La guardería, concebida inicialmente como una ayuda a la función materna, tiende a sustituirla. La brevedad de las bajas de maternidad nos muestra el desprecio absoluto y la más absoluta ignorancia sobre el carácter traumático que supone para una joven madre el tener que separarse de su recién nacido en plena pasión maternal. ¿Y qué hay de la ignorancia sobre los efectos en el bebé del traumatismo infligido a su madre y sobre las reacciones psíquicas de ésta ante la ruptura impuesta? ¿Y cuáles van a ser los efectos de esta ruptura de la continuidad de los cuidados para el propio bebé?

¿En nombre de qué se impone este desgarrar mutuo? ¿Por qué hay que delegar tanto los cuidados maternos en organismos colectivos? ¿De qué clase de desconfianza –o de odio– hacia la función materna y la familia se está alimentado este tipo de delegación? A aquello de André Gide “familias, os odio” podríamos añadir, “madres, os deshonro”, o algo más práctico: “madres, os prohíbo la pasión, madres os prohíbo el deseo de ocuparos de un bebé, vuestro interés no es más que un interés lamentable que conviene delegar en alguien lo antes posible”.

La equiparación justa de las condiciones sociales entre hombres y mujeres, victoria del feminismo, va de hecho pareja con un tipo de feminismo parcial que desvaloriza la función materna, como si ésta fuese la causa histórica –no necesariamente falso– de la infravaloración de la condición femenina. Se

desprecia la condición de “ama de casa” considerándola como un contra ideal. De hecho, esta condición, a menudo padecida más que elegida por una mujer que sacrifica sus estudios o una carrera por su papel en el hogar, ha sido presentada como ejemplo canónico de desigualdad social entre los sexos. Es por ello que un determinado tipo de feminismo ha llegado incluso a atacar a la propia función materna, confundiéndola con la condición social de ama de casa, hasta el punto de no respetar ni siquiera el derecho de toda mujer a querer tener niños y, eventualmente, a criarlos ella misma. Pero sea cual sea el debate, lo importante es que la igualación de las condiciones sociales entre hombres y mujeres cambia *ipso facto* algo fundamental en la organización de la familia y sobre todo en la organización de las relaciones entre los niños de cualquier edad y los adultos: la continuidad relacional con un número reducido de personas deja de ser algo habitual. La situación más frecuente es la de un entorno con muchos rostros, la de una educación con rostros cambiantes, en nombre de una su-puesta “socialización” impuesta muy precozmente al niño.

Sean cuales sean las razones profundas, el hecho es que el resultado de esta voluntad de socialización precoz es una discontinuidad en las relaciones del bebé con las personas que le rodean así como un debilitamiento del papel de la familia que va a traer consecuencias notables en la educación de los niños.

Aunque la familia, en cuanto grupo formado por dos padres y niños, no haya desaparecido todavía, es su *uso* el que viene debilitándose, su papel como crisol para la elaboración de relaciones posteriormente generalizables al espacio social.

La continuidad de las relaciones del niño con unas mismas personas del grupo familiar favorece el establecimiento de vínculos diferenciados y asegura la elaboración psíquica de estos vínculos en los fantasmas y los juegos. La pasión de los padres por sus hijos y especialmente la pasión materna –la ilusión anticipatoria materna– se manifiesta a través de las conductas cotidianas que se repiten día tras día y adquieren, poco a poco, para el niño una coherencia significativa. El niño no solo aprende la lengua materna sino –y es lo más importante–

el idioma afectivo, la interpretación de las señales emocionales de la madre. El amor que un niño profesa a su madre intensifica las preformas del complejo de Edipo y refuerza las identificaciones con ambos padres. De esta manera, la organización del complejo de Edipo, es decir, en el fondo la constitución de las instancias estructurantes para el psiquismo se apoya en esta continuidad relacional; el Yo y el Superyó se van desarrollando en un juego recíproco y en la relación con los padres reales, de tal manera que estas instancias van a poder generalizarse más tarde a los representantes sociales de la autoridad y de la educación.

El Superyó paterno que prohíbe y protege, integrado en el psiquismo del niño, le permite aceptar la autoridad del profesor, quien a su vez va a contribuir a completar este Superyó y a apoyar el desarrollo del Yo; la autoridad de los maestros, la del poder político es aceptada por la simple razón de su analogía con los roles del padre y de la madre de familia.

Pero planteemos por un instante las cosas desde el punto de vista del desarrollo pulsional. Hemos propuesto un modelo –evidentemente teórico– de la organización de la pulsión que se organiza y más tarde se manifiesta a partir de dos componentes, un componente de dominio¹ y un componente erótico. El componente de dominio trata de establecer el contacto con el objeto, con la persona que detiene el poder de satisfacer la pulsión. Este componente de dominio es motor y sensorial, y va a la búsqueda del objeto tratando de poseerlo. El componente erótico, basado en el investimento de las zonas erógenas, trata de obtener una experiencia de satisfacción cuyo modelo es el orgasmo y en el bebé el placer de la acción de mamar. Cada vez que se experimenta plenamente una experiencia de satisfacción las imágenes motrices y sensoriales del objeto se cargan con la huella, con el recuerdo de esta experiencia, formando el conjunto una “representación”. En el caso de un funcionamiento pulsional satisfactorio el sujeto es capaz, en un primer momento, de sobrevivir gracias a la evocación de experiencias anteriores de satisfacción a través del

¹ N.del T.: *emprise* en el original.

juego de representaciones que va almacenando; la fantasmaticación le permite experimentar *a mínima* algo que sigue siendo del tipo de una satisfacción, de manera que el sujeto es capaz de soportar la frustración durante algún tiempo. Más tarde llega la necesidad de experimentar una satisfacción real. El deseo, hacia una persona, le va a llevar en ese momento a poner en marcha una serie de conductas de dominio; irá en su busca, irá a verla para lograr después con ella una experiencia nueva de satisfacción; el adulto corre a encontrarse y a tocar la puerta de una amiga o a llamarla por teléfono, o se inscribe en facebook, utiliza los medios que el progreso técnico pone a su disposición, la webcam, la moto...; los esfuerzos de dominio no van a parar hasta obtener una satisfacción suficiente, directa o indirecta, inmediata o diferida por parte de esta amiga. En cuanto al bebé, va a llamar, ir hasta la puerta, tocar, correr hacia la cama de los padres... A falta de una satisfacción, se redoblan los esfuerzos de dominio; en el peor de los casos puede llegar incluso a una locura de dominio con un desbordamiento motor imparable que puede llegar hasta la cólera, los golpes, la violación.

La discontinuidad relacional precoz lleva a los niños a vivir una experiencia permanente de separación, imponiéndoles un trabajo psíquico del que no son capaces todavía. El trabajo psíquico de la separación es muy específico y muy particular ya que exige a la vez perder al objeto –a corto plazo– sobrevivir psíquicamente y conservarlo, un objeto al que se odia porque desaparece, para poder reencontrarlo más tarde. El “juego del carrete” descrito por Freud es el ejemplo típico de un buen trabajo de separación; el niño juega a ejercer su poder sobre un representante simbólico del objeto, una cosa dócil que se somete a su dominio. Controla así al objeto: al lanzar el carrete reencuentra su propia actividad –es él quien hace desaparecer al objeto, no la madre la que lo abandona– expresa también su rabia, haciéndola desaparecer –*in effigie*– y más tarde expresa su amor por ella haciéndola reaparecer gracias a la cuerda, instrumento del dominio conquistador. Si no es capaz de realizar el trabajo psíquico de separación el niño puede elegir entre un estado de duelo permanente, una vivencia

depresiva continua o una repetición incesante de conductas de dominio: es decir, el tormento de la hiperactividad.

Estos fenómenos se ven favorecidos en muchos niños –cada vez más– por el hecho de verse sometidos, a lo largo de la misma jornada, a una sucesión de interlocutores neutros, que, aunque sientan cierta simpatía hacia ellos, no sienten la pasión por satisfacer sus necesidades ni por educarlos, y a menudo no tienen más responsabilidad que la de dejar correr el tiempo lo más tranquilamente posible mientras están con ellos y que les dejen en paz.

Cada vez es más reducido el tiempo de contacto directo con la madre, con los padres. Más aún, el niño se ve confrontado –a lo largo de una misma jornada– a diferentes idiomas emocionales, sucesión que hace difícil el paso de una relación a otra y que puede favorecer la aparición de diferentes tipos de dificultades para investir profundamente a las personas como objetos afectivos gratificantes. Los padres, pero especialmente las madres, se ven privados a su vez de los beneficios relacionales de una comunicación compleja y continua con su hijo, y se ven conducidos, para no sufrir, a un desinvertimiento relativo que no deja de traer consecuencias sobre la manera de percibir el niño a sus padres. Por otra parte este tipo de relación discontinua tiende a favorecer la no diferenciación de la relación materna y paterna.

Si tomamos el ejemplo de una mujer en el hogar –que pasa la mayor parte de su tiempo cuidando de sus hijos, situación teórica ya no muy frecuente actualmente– vemos que va a tener que gestionar con su o sus hijos una relación continua; se va a ver obligada a prohibir muchas conductas, va a tener que ocuparlos y enseñarles un sinfín de cosas de la casa. Pero sobre todo, no podrá evitar ni su propia agresividad contra sus alborotadores hijos ni la de éstos contra ella ni sus necesidades libidinales. La manera de gestionar su propia agresividad y sus movimientos libidinales hacia sus hijos va a servir de modelo para éstos. Pero si los niños se ven atendidos por una serie de personas a lo largo de una misma jornada, cada una de ellas va a poder ahorrarse sus conflictos manteniéndolos en suspenso hasta que otra persona la releve.

Por lo que respecta a los niños, las dificultades inducidas son considerables: ¿cómo vincularse con personas que cambian constantemente?, ¿con personajes tan numerosos y con un rol tan efímero?, ¿cómo va a soportar un niño de dos años y medio verse inmerso en una clase de preescolar francés, con otros treinta niños cuidados por dos adultos de los cuales uno pasa su tiempo llevando a hacer pipi uno por uno a los treinta? Si los niños se pelean o se muerden en la guardería es por la excitación que padecen sin posibilidad alguna de resolverla con la ternura. ¿Cómo entender el considerable aumento de niños llamados “inestables” anteriormente y descritos actualmente como “hiperactivos”? La explicación genética no sirve: ¿o acaso los genes de la hiperactividad son epidémicos? ¿No cabe pensar tal vez que todo niño tiene un potencial de agitación y que es el entorno el que permite su expresión? Mi hipótesis es que la experiencia excesivamente precoz de la guardería, la experiencia excesivamente precoz de las clases de preescolar demasiado numerosas, no permite un desarrollo suficiente ni del juego pulsional ni de las instancias psíquicas, condición indispensable para unos intercambios sociales suficientemente placenteros y pacíficos: la supuesta socialización precoz de la guardería juega en definitiva contra la propia socialización.

Este efecto de la inmersión precoz en el espacio social va a ser mayor cuanto menor capacidad tenga la familia de corregir sus efectos y más acusada sea la discontinuidad relacional en la vida del grupo familiar.

En una familia centrada en un personaje materno central, digamos “permanente”, la discontinuidad relacional suele afectar sobre todo al padre, presente sin embargo tanto en la mente de la madre como en sus palabras cuando se dirige a sus hijos: papá se va a sentir orgulloso de ti, papá se va a enfadar. Hoy en día la discontinuidad relacional afecta a ambos padres a la vez. Sus respectivos roles de padre y madre aparecen cada vez menos claramente diferenciados lo que lleva a defender una cierta intercambiabilidad entre los padres. Así, la igualdad –deseable– de las condiciones sociales del hombre y de la mujer tiende a generalizarse a sus respectivos roles con

respecto a los niños favoreciendo una cierta confusión de los roles materno y paterno. Los modelos de identificación se perfilan con menos claridad. Por otra parte, los padres, que ven poco tiempo a sus hijos, se sienten impelidos a evitar los conflictos y a satisfacer demandas que sí rechazarían en caso de encontrar una vía alternativa aceptable. La frustración relacional de los niños con respecto a sus padres les lleva a una intolerancia a la frustración pura y simple, y a los padres, a una especie de culpabilidad y de incapacidad para frustrar los deseos inadaptados de sus hijos. Todo esto se suele acentuar en caso de separación de la pareja de padres.

La familia corre el riesgo de descomposición de diferentes maneras: desde el interior, por la desvalorización, cuando no la prohibición, del ejercicio de una función materna que coincide con el cambio radical de esta función inducida por el recurso precoz a las instituciones sociales, y desde el exterior, por la precariedad de las parejas de padres: el divorcio está a punto de convertirse desde hace unos años en la norma.

Sorprende igualmente observar cómo se va acentuando la intervención de las instancias sociales en el seno de la propia familia. El ejemplo de la administración de la “píldora del día después” a menores, en el ámbito escolar, con desconocimiento de los padres, y sea cual sea el peso de las razones que impulsan a adoptar tal medida, ilustra bien este intervencionismo social, impensable hace poco tiempo. Hace ya muchos años que Emmanuel Diet había llamado la atención sobre este fenómeno, describiendo lo que él denominaba “la instancia parental de Estado”. Al final, iban a ser los profesionales de la intervención social los encargados de proteger a los niños contra sus propios padres, sospechosos a priori de ser malos; estos profesionales se sienten investidos de una especie de deber de injerencia. Los miembros de la familia están cada vez más directamente confrontados, a título individual, con la autoridad social, y por ende, más des-responsabilizados. Viven un sentimiento de cierta des-posesión que se manifiesta en un cierto grado de desinvertimiento de sus funciones como padres.

Así pues, parece claro que hoy en día corren nuevos tiempos para la evolución de la familia; la cuestión es saber si, al

final va a quedar algo de ella. De forma paralela a estos nuevos tiempos asistimos igualmente al cambio radical en la educación de los niños derivado de este debilitamiento de la familia como institución.

Así como la igualación de las condiciones sociales ha llevado a la democracia y a la desaparición de la familia patriarcal-patrimonial, la igualación de las condiciones sociales entre las mujeres y los hombres está llevando a una transformación profunda de la familia –y posiblemente a su desaparición– en tanto que unidad de vida compuesta alrededor del papel organizador de la madre de familia. En sesenta años, y aunque persistan desigualdades profundas, la igualación de las condiciones de vida de las mujeres con la de los hombres ha sido considerable; ha bastado esta igualación para que se produzca una especie de revolución social profunda.

Podríamos parafrasear a Tocqueville: “Desde que los trabajos de la inteligencia se convirtieron en fuente de fuerza y riqueza, hubo que considerar cada desarrollo de la ciencia, cada conocimiento nuevo, cada idea nueva, como un germen de poder a disposición de las mujeres”. Esta igualdad social entre hombres y mujeres ha adquirido asimismo un carácter de “hecho providencial, dispone al menos de sus características principales: es universal, es duradero, escapa todos los días al poder humano; todos los acontecimientos así como todos los hombres sirven a su desarrollo”.

El individualismo contemporáneo, producto de la evolución democrática –“la aristocracia había creado una larga cadena que iba desde el campesino hasta al rey, la democracia rompe la cadena y cada uno coloca su eslabón a parte”²– es la consecuencia última de esta evolución igualitarista entre los hermanos en la que la búsqueda del bienestar individual prima sobre el mantenimiento de la fuerza social del grupo familiar como entidad. La igualación de las condiciones sociales entre los sexos es el complemento que radicaliza este individualismo.

El resultado es claramente esta “des-institucionalización de la familia” evocada por Marcel Gaucher: ya no se entiende la

² Ibid.

familia como la unidad de base de la sociedad, sino como una forma de organización privada entre personas privadas. Es este movimiento el que Gaucher describe como “la privatización” de la familia. La familia se nos muestra como des-insertada en la organización social en su conjunto. *“Se trata de una revolución antropológica, la palabra no es demasiado fuerte. La familia deja de ser lo que siempre fue, por lo que sabemos, un engranaje del orden social. Deja de ser una unidad significativa desde el punto de vista del mantenimiento y del establecimiento del orden social”*³ nos dice Marcel Gaucher. Según el autor asistimos a *“una captación del vínculo social por parte del estado”*.

El debilitamiento del rol social institucionalmente reconocido a la familia le priva de su autonomía, en el sentido fuerte de la palabra, la de un espacio en el que se aplican las reglas a la medida, una especie de jurisdicción con un valor protector y organizador de la vida privada de las personas que la integran. El término “cabeza de familia” ha perdido todo significado. La ley pública, al no reconocer ya a la familia como lugar moral en el que se puede ejercer una “ley” familiar sobre sus miembros, favorece o instala, si no una anomia, sí al menos una “hiponomia” familiar que expone directamente a los individuos a la ley pública sin el relevo de una coherencia privada duradera. Hipernomia pública e hiponomia familiar, ambas desequilibran la oposición dialéctica entre espacio social y espacio familiar. Cuando la familia se descompone el resultado suele dar lugar habitualmente a una anomia “familiar”.

En consecuencia, el matrimonio deja de ser un acto fundador de una nueva célula operativa de la sociedad para convertirse en un acto de asociación entre personas privadas. Se independiza de la noción de procreación; su carácter precario y revocable acentúa este carácter asociativo. La familia patriarcal o materno-céntrica estaba basada en la perennidad de forma natural. La revocabilidad, es decir la inestabilidad como parte integrante del matrimonio hoy en día y de todo lo que supuestamente de él se deriva, acentúa el debilitamiento institucional de la noción de familia. ¿Cómo basar un funciona-

³ M. Gauchet, « Essai de psychologie contemporaine », Le Débat N° 99, 1998.

miento social sobre una organización precaria por naturaleza? El matrimonio se ha convertido sencillamente en una organización temporal de una pareja que no tiene ya el poder de asegurar la continuidad relacional para los niños nacidos de esta unión. La noción de familia se difumina cada vez más en beneficio de la noción de parentalidad. Actualmente es la parentalidad la que el legislador trata de organizar y no ya la familia. Es cierto que el término de familia subsiste todavía pero habitualmente acompañado de un adjetivo: monoparental, recompuesto... Los eufemismos disimulan mal el hecho de que una familia parental solo es una familia desde el punto de vista legal y que las familias llamadas recompuestas no son más que reajustes de familias descompuestas, por muy satisfactorios que sean. Se suele sugerir hablar de multiparentalidad más que de familias recompuestas, y de hecho resulta más objetivo y va más en el sentido de esta sustitución de la noción de familia por la de parentalidad.

Hemos visto que este cambio de la familia, afectada por esta revolución antropológica, así como la tendencia a la socialización precoz o hiperprecoz de los niños y a la colectivización de sus condiciones de vida desde las primeras edades iban al unísono. Este conjunto de cambios profundos en la vida de los niños y en la forma de educarlos ya ha traído consecuencias medibles así como otras que se le pueden imputar, por ejemplo en la adolescencia, con el aumento de la frecuencia de las toxicomanías, alcoholismo, delincuencia...

¿Vamos hacia una sociedad sin familia? Es muy posible. Escuchemos una vez más a Tocqueville: "cuando una cierta forma de pensar o de sentir es el producto de un estado particular de la humanidad, al cambiar este estado nada queda de lo anterior (...) No había nada más estrecho en el mundo feudal que el nudo que unía al vasallo y al señor. Ahora, estos dos hombres ya ni se conocen. El temor, el reconocimiento y el amor que les unían anteriormente han desaparecido. No queda huella ninguna. Pero no ocurre así con los sentimientos naturales de la especie humana."⁴

⁴ Ibid.

Todo radica en este “pero”... O la familia es el resultado de los “sentimientos naturales de la especie humana” y en ese caso, perdurará de una u otra forma, o es “el producto de un estado particular de la humanidad” en cuyo caso sus días están contados.

DEBATE FINAL CON TODOS LOS PONENTES*

Pablo García: Gracias a todo el mundo y recordar, aunque lo habéis dicho varios pero me apetece también decirlo, que aquí aunque uno vaya a viejo cada día aprende más.

Tengo una reflexión sobre el congreso en general que me gustaría compartir con vosotros y si podéis decidme algo. Mi reflexión es la siguiente. Los adultos movidos por nuestras necesidades, por nuestros deseos, por las presiones sociales, hacemos una serie de cosas, a veces deseadas, a veces inevitables, que tienen una repercusión en unos terceros que se llaman los niños y los adolescentes. Entonces ante eso, hay varias posibilidades: o la de negar directamente y decir “no pasa nada”, “todo da igual”, “todo va bien”, o incluso racionalizar todavía más, dar un paso más de rosca y decir: “no es que va bien, es que va mucho mejor”. Yo creo que los adultos tenemos derecho a usar nuestros deseos, a responder a nuestras necesidades e incluso a ceder a las presiones, pero lo que no podemos hacer es obviar las consecuencias que en otros tienen las cosas que nosotros hacemos. A mí por otra parte, escuchando a Marie Rose que no está aquí ahora pero bueno, me parece que efectivamente tenemos que ajustar un poco nuestros clichés, no sólo en la clínica sino en la vida social, para que quepan dentro de ellos cosas que en otro momento no estaban y no patologicemos necesariamente desde otra perspectiva cosas que no hay porqué patologizar. Pero, pienso

* Transcripción del debate con todos los ponentes participantes 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.

que lo que no podemos hacer es negar la evidencia, y la evidencia es que estamos viendo aquí problemas importantísimos en la construcción del psiquismo humano (problemas de la identidad, de la identificación, problemas de vínculo, problemas de establecimiento en general del psiquismo humano) que queremos pasar por alto sencillamente diciendo que tenemos derecho a hacer tal cosa, tenemos derecho como adultos a hacer tal otra. Yo creo que no debemos renunciar a nuestros derechos pero que tenemos que plantearnos qué repercusiones tiene en otros que no somos nosotros.

Dentro de todo este proceso, no me gustaría dejar a los niños abandonados al puro darwinismo, porque claro que sabemos que los niños se van a adaptar, a cualquier hecatombe a lo largo de la historia de la humanidad se ha adaptado la gente, lo que pasa es que en cualquier hecatombe muere muchísima gente y sucumbe muchísima gente. Por eso creo que frente a estos cambios debemos acomodarnos, acomodar nuestros clichés, acomodar nuestra clínica, acomodar nuestra manera de vivir, creo que debemos de recibirlo en principio como cambios normales dentro de la sociedad.

Me gustaría pedir a la mesa si hay alguna pista (alguna mas) para que todos estos cambios no queden solamente a expensas de la capacidad de acomodación de los niños, sino que podamos ayudarles de alguna manera, tanto con medidas sociales, políticas (los que podamos tener alguna influencia en este terreno o los que puedan tenerla) como en la clínica y en la educación.

Juan Manzano: Yo pienso que aquí en esta mesa estaríamos todos de acuerdo, no sé si os interpreto, estaríamos todos de acuerdo con lo que acabas de decir.

Paul Denis: Estoy totalmente de acuerdo con lo que acaba de decir. Se me ocurría que en el fondo los adultos deberían de convertirse en abogados defensores de ofrecer un poco de respiro a los niños. Y es que hay una enorme presión sobre ellos; tienen que ser capaces de ir a una clase de dos años y medio... se les presiona para que sean limpios... hay una presión en el aprendizaje de la limpieza de forma excesivamente

precoz... en el aprendizaje precoz de la lectura... Es decir hay una presión sorprendente en el sentido de la precocidad. Si los adultos fuesen capaces de admitir que hay una temporalidad que hay que respetar absolutamente, sería un paso muy importante.

Agustín Béjar: Muchas gracias a todos. Mi cuestión iba en la línea que ha planteado Pablo, tiene que ver con una experiencia en la que desde hace dos años he podido participar, un internamiento terapéutico para menores con medidas judiciales y con psicopatología que es a juzgar lo importante.

El dato es que, es una experiencia muy corta, pero en los dos años que llevamos de los 18 que han pasado sólo 3 provenían de un núcleo familiar tradicional no sé si con comillas o sin comillas. Y ayer también, profesionales de Galicia que trabajan en lo mismo, con una experiencia mucho más larga planteaban estadísticas similares. Yo sé que eso está muy sesgado por el tipo de población que llega a estos sitios (cuadros muy graves), pero sobretodo la intervención de Marie Rose Moro (es una pena que ella no esté) me hizo pensar cuando ella hablaba de que en las estructuras familiares había dos componentes para la crianza, que eran la estructura familiar y la capacidad de favorecer las identificaciones en cada estructura familiar. Y la pregunta que haría sería si no tendríamos que pasar (porque me parece que muchas veces con esto de formas de crianza mezclamos muchas cosas) a una clasificación no tanto en términos de estructura, sino (y creo que en este sentido iba la respuesta que daba Paul Denis ahora) en términos de la cantidad de discontinuidad que determinadas estructuras generan y que son capaces de absorber o de simbolizar, o no sé si la cantidad de extrañeza a veces demasiado inquietantes que generan, y que tiene que ver también con considerar los periodos de la vida, es decir, me parece que no es la misma familia una familia reconstituida a los 3 años del niño que una familia reconstituida a los 12 o a los 20.

En este sentido, muy brevemente también una pregunta para Fernando en concreto porque si no recuerdo mal hablabas de que habíais visto en vuestra investigación que en los estilos de apego de las madres de prematuros no había variación en

relación con las de término, pero sí veáis una variación en el tipo de apego de los niños. En concreto la cuestión era si eso tenía que ver con un determinado momento del desarrollo del niño en donde todo eso que habéis visto en vuestra investigación se pone más de manifiesto la dificultad que generaba esa variación del apego hacia el apego inseguro de los niños.

Fernando González: Muy brevemente a la parte que me concierne, ayer es verdad que comenté hallazgos de investigación que unos pertenecen a la limitada investigación que nosotros hemos hecho, y otros a la revisión más amplia que hemos tenido obligadamente que hacer. La primera, en el hallazgo de nuestra investigación era que el modelo de apego internalizado de las madres, es decir, en otros términos, las representaciones de apego de estas madres de prematuros, no era diferente a la población que eran otros noventa y tantos nacidos a término sanos. Esto, cuando lo hemos discutido y pensado tiene una lógica desde nuestra comprensión del psiquismo y su organización en el sentido de que un hecho traumático no cambia por sí mismo la estructura psíquica de una madre, es decir, (y ésta es la hipótesis que nosotros mantenemos y otros muchos autores), pasan un período crítico de intentos de adaptación y elaboración del traumatismo, de la situación del nacimiento y los meses posteriores, pero eso no cambia su modelo interno de apego.

Aunque nuestra hipótesis inicial en la investigación era ver si podía cambiar el modelo de apego. Otra cosa es qué pasa con el niño. Sabemos que el apego materno es un predictor del apego de los niños, lo que pasa es que este modelo también tiene sus limitaciones. Parece que es mucho más claro en los modelos de apego seguro, es decir, se transmite la predicción del apego en el niño. Es mucho más probable que un niño (tanto prematuro como no prematuro) con una madre de apego seguro desarrolle un apego seguro.

Las investigaciones muy recientes de un grupo suizo que algunos de los aquí presentes conoceréis, han trabajado mucho en el seguimiento de grandes prematuros (estamos hablando ya de poblaciones con prematuridades que llamamos extremas). Esta gente ha evaluado el apego de los niños pre-

maturos y a los 4 años, en un estudio que presentaron hace quince días en Barcelona. Hablaban de que había una tendencia en el niño a pasar de modelos de apego más o menos seguro a los dos, tres años, a modelos más inseguros cuando les evaluaban a los 4 años. Evidentemente las explicaciones son complejas pero es que había algunos factores que seguían afectando el desarrollo del apego. Aquí hay que ver que estamos hablando de estudios epidemiológicos, no de casos concretos, hay que ver esa dimensión, en estas poblaciones se ve que hay un riesgo de evolución hacia modelos de apego inseguro, con lo que supone no tanto de patología como de vulnerabilidad.

Alain Braconnier: Con respecto a las dos preguntas: en primer lugar me doy cuenta que durante estas dos jornadas hemos compartido inquietudes muy similares, y cuando hablo de compartir me refiero a un marco mucho más amplio que el del congreso. El problema de la articulación al que me refería ayer entre la realidad externa e interna afecta a la mayor parte de nuestras intervenciones profesionales.

Con respecto al segundo punto referido a las dos preguntas: ¿es que no podemos deprimirnos un poco? creo que sí, que podemos deprimirnos un poco después de todo lo que se dice sobre nuestras dificultades para vivir en esta sociedad contemporánea, y que es bueno deprimirse un poco. Hace falta deprimirse un poco. Pero también hay que saber salir de la depresión. Decía ayer sobre los adolescentes y sobre cómo salir del estado de la adolescencia que hay que saber amar para ser feliz y que hay que saber resistir para existir. Pero tenemos que saber contra qué debemos resistir y cómo.

Contra qué: la gran neurosis de finales del XIX era la histeria, es decir, se disponía de tiempo, había prohibiciones que provocaban tensiones internas que se guardaban para uno mismo pero que se expresaban a través del cuerpo y del acto. Este tema se plantea hoy en día de muy diferente manera. La histeria de finales del XIX, comienzos del XX, la neurosis, en definitiva, tenía que ver con el tiempo de la represión. Actualmente, ¿no será que, a partir de todo lo que se ha dicho ayer, nos encontramos frente a la necesidad de tener que resistir de

forma diferente a la de finales del XIX, no tanto contra el tiempo de la represión sino contra la precipitación, contra la tendencia a desfogarse? Como si tuviéramos que tomarnos nuestro tiempo. Alberto decía en una de las diapositivas que hace falta un tiempo prolongado. Pues bien si algo nos falta es tiempo, por la imposición de esta sociedad, por su presión, P. Denis acaba de decirlo, y nos cuesta mucho transmitir por identificación esta idea a nuestro niños y adolescentes. ¿Realmente somos capaces de resistir suficientemente contra toda esta presión de la precipitación, de la tendencia a desfogarse, para poder transmitirles la idea que tomarse su tiempo, tolerar en el fondo la espera, ser capaz de pensar que el tiempo ayuda a pensar, es decir, lo que algunos llaman capacidad reflexiva, es muy importante? ¿Cómo conseguir la capacidad reflexiva sin tomarse su tiempo?

Toda esta problemática, y aquí me refiero a las dos preguntas planteadas, es muy actual ya que no podemos resistirnos a la evolución de las sociedades, resultaría ridículo incluso, pero al mismo tiempo tenemos que hacer frente a todo lo que hay de patógeno en ellas para la construcción del sujeto. Y sabemos que la construcción del sujeto lleva tiempo, tiempo para el encuentro, para la reflexión, para que la acción no se convierta en una acción cualquiera. En este sentido observamos que la patología actual dominante es la patología de los estados límite. Y cuando uno se ocupa de los adolescentes, se vuelve muy sensible a estos fenómenos, ya que se suelen establecer analogías entre el funcionamiento adolescente y el funcionamiento límite. Hay que mantener la esperanza, podemos deprimirnos pero debemos salir de ella pensando que las patologías actuales son patologías límites o más exactamente, funcionamientos límites, que gracias a nuestra experiencia y conocimientos profesionales podemos entender y tratar mejor.

Debemos de resistir y transmitir la resistencia frente a los mecanismos límites, la precipitación, la tendencia a desfogarse, la incapacidad para tener puntos de referencia, la inestabilidad... más importantes tal vez que en épocas pasadas. Aunque no debemos de olvidar que también en el pasado sufrían otro tipo de dificultades y presiones, tal vez no las mismas

pero en el fondo, el hombre siempre se mueve en profundidades similares habitadas por fantasmas similares, fantasmas de omnipotencia... hay que resistir ante estos fantasmas de omnipotencia, vengan de donde vengan. Tenemos la omnipotencia de la industria farmacéutica, a veces la omnipotencia de los psicoanalistas, reconozcámosla también, la omnipotencia del niño, del dinero. Tenemos que resistir ante estos fantasmas de omnipotencia y hacerles frente. En el pasado es posible que tuviéramos que hacer frente a fantasmas de otro registro, la omnipotencia del autoritarismo... Yo estoy a favor de la autoridad pero no del autoritarismo. Pero hay que saber que a finales del XIX y comienzos del XX había niños y adolescentes que funcionaban muy bien, incluso en el seno de una sociedad muy criticable y que hay niños y adolescentes que hoy en día funcionan también muy bien, aunque siempre hablamos de los que funcionan mal: tratemos de entenderles, tratemos de entender contra qué se resisten y cómo se resisten y tratemos asimismo de ayudarles. Hay muchos hilos de los que tirar y pensar, pero tal vez haya uno muy importante, el hilo de la tendencia a la precipitación.

Jaume Baró: Buena parte de lo que yo iba a plantear lo acaba de evocar Alain Braconnier. Yo tenía un interés particular en que Denis me ayudara a aclarar una cosa.

Los que somos viejos psiquiatras y ya llevamos 40 años en la profesión vivimos perfectamente lo que él ha evocado de los electroshocks para el mal de amores. El problema del electroshock no era tanto el uso sino el abuso. Seguramente lo mismo que nos encontramos ahora con las nuevas terapéuticas que nos quieren vender como alfombras o como humo. Entonces yo lo ampliaría a todos vosotros. Mi impresión sería que siempre nos vamos a encontrar con las mismas situaciones o ¿hasta qué punto os parece que ahora es una diferencia totalmente estructural? Las mismas ansiedades aparecían en los manuales de urbanidad que eran manuales de psicoterapia de la época, en los textos de Elvives aparecía que el niño maleducado o travieso hoy en día se le llama hiperactivo, que el niño orgulloso se le llama narcisista. Ahí lo tenemos todos, tú mismo Alberto en una conferencia memorable decías, ya Dioscoro de

Alejandría se quejaba hace no sé cuantos años antes de Cristo de que lo jóvenes adolescentes no respetaban la autoridad de los viejos. Hasta qué punto es una situación completamente diferente o una vez más y en esto me gustaría mucho escuchar a Paul Denis que me parece un hombre cabal.

Viejos psiquiatras, yo recuerdo en mis primeros años de psiquiatría haber tenido que hacer 300 ó 400 electroshocks por estar trabajando en una institución donde no nos podíamos permitir la supervivencia del delirio porque eso implicaba ineluctablemente la cronicidad del paciente. El electroshock lo vuelven a investigar porque obvia el pensamiento, la cura de Saker que era extraordinariamente reconstructiva y que implicaba tiempo y recuperación ya no se investiga más. La psicocirugía tampoco ha desaparecido pero ahora celebraban los no sé cuantos años de uno que iba por los EE. UU con el leucotomo cortando lóbulos frontales. Todos estos han desaparecido, ¿no creéis que también desaparecerá no el Prozac, no el Concerta, pero que se relativizará todo porque de alguna forma la misma sociedad pondrá en marcha sus mecanismos para que las cosas en un movimiento pendular se vuelvan a colocar?

Braconnier hablaba de la soberbia de los psicoanalistas. Los que vemos los toros desde la barrera de nuestros primos franceses, en nuestros tiempos todos los jefes de servicio eran de referencia psicoanalítica, ahora casi ninguno queda, todos han pasado a ser del otro bando.

Alberto Lasa: Yo terminaría con una nota optimista. Creo que todo lo que estamos diciendo va en un sentido muy claro y que no sólo podemos hacer una psiquiatría basada en la relación sino que además es lo que se nos pide. Yo creo que de alguna manera, todo lo que nos está diciendo la genética y lo que nos está diciendo la neurobiología actual va en el sentido de revalorizar la transcendencia de la relación en los orígenes del psiquismo, en las posibilidades diagnósticas y en las posibilidades terapéuticas. Yo con ese mensaje me quedo.

Juan Manzano: Los participantes podéis dar vuestra opinión. La mía es que yo pienso que hemos cumplido con los objetivos que nos habíamos planteado en este congreso. Me

siento satisfecho porque el debate ha existido, clara y netamente se han dicho las diferentes posiciones.

El problema si yo debiera resumirme porque vuelvo a la cuestión de Pablo, es que no podemos dejar a los niños solos y al hecho de que sabemos que tienen la posibilidad que ahora se llama de resiliencia, que siempre se ha llamado la capacidad de ajustarse y adaptarse. Acuérdense de que ya existen en la mitología los niños que han sido criados por una loba y resulta que es verdad, que gracias a Dios tienen esta posibilidad, resultado de la selección natural. Pero nosotros también hacemos parte del resultado de la selección natural y tenemos una responsabilidad que yo llamaría desde el punto de vista cultural de, primero: como nos enseñaron en medicina no hacer mal, (que es lo que nos han planteado entre otras muchas cosas los ponentes de hoy), lo segundo: ver si comprendemos cómo podemos hacer bien cuando el mal ya está hecho, y tercero: (en mi opinión lo más importante que yo creo que hemos tratado) es cómo poder prevenirlo.

LOS LUGARES DE LA MADRE (EL TRABAJO EN RED DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO DE NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS)*

Agustín Béjar**

RESUMEN

Se presenta, a partir del seguimiento de un caso, un modelo de trabajo en red y de adecuación en la intervención a las condiciones especiales de los niños institucionalizados por Protección de Menores. Como base se compara con el funcionamiento integrador que se realiza en los hospitales de día y también el trabajo de reestructuración del mundo objetal interno apoyado en una multiplicidad de “objetos externos”, con especial énfasis en la evolución de la vinculación con los cuidadores y en el trabajo terapéutico que posibilita la intervención desde el sistema de Protección en la compleja patología familiar. Se plantean las diferentes perspectivas en la evolución del caso por parte de profesionales pertenecientes a dos áreas en contacto (la clínica y la de protección social).

Palabras clave: terapia por el medio, seguimiento terapéutico, tutela institucional, modificaciones técnicas, familias multi-problema.

* 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. Badajoz.

ABSTRACT**The places of the mother (the team network approach in the therapeutic following of children in foster care).**

The focus of this paper, with a case example, is a kind of team network approach with children in foster care, or in institutions, that use de frameworks of milieu treatment, intensive teamwork and therapy, as in day hospital treatment, with the focus on the objectal internal world's reorganization, based on the multiplicity of "external object relations" therapeutically oriented. The authors suggests the importance of care the vinculation between child and the nurturing caregiver, and the possibilities that bring the interventions of the Child Protection system, working with multirisk-families, with emphasis on providing structure and supervision through a milieu approach in addition to traditional therapies to manage disturbed children, and when the two perspectives are integrated (clinical and social protection).

Key words: miliu therapy, team approach, foster care, multirisk-family.

El desarrollo y el trabajo terapéutico con niños deprivados e institucionalizados presenta peculiaridades a veces muy notables respecto a los factores que promueven y frenan el desarrollo. Estas características convierten este tipo de casos en un área compleja tanto para la valoración del funcionamiento mental como para las intervenciones posibles, que deben tener en cuenta las circunstancias sociales, institucionales y a una gran variedad de agentes (profesionales de diversas instituciones, figuras de vinculación parcialmente exitosa, etc.) para conjugar y adaptar las modalidades (también muy abiertas) de intervención. Los trastornos de conducta suelen ser una expresión sintomática de todo lo que falla en la constitución mental de estos niños, a su vez muy determinado por condiciones adecuadas no presentes nunca o en grandes temporadas. Esas condiciones hacen necesarias modificaciones técnicas (como con otros niños con patologías graves) para atender a sus ritmos de desarrollo, siendo pertinente la distinción entre las condiciones de "desintegración" y las de "no integración"

así como las distintas medidas que requieren, a la hora de conjugar el déficit ambiental con la constitución y potencialidad del aparato psíquico.

En la infancia en riesgo social, es obvio que el papel y función de los cuidadores adquirirá un carácter y relevancia fundamental, y que debemos poner énfasis en observar y comprender para favorecerlos, los procesos de vinculación que se dan entre niño y cuidador. Ahora bien, la variabilidad de situaciones familiares es enorme, así como de avatares en la biografía de estos niños que constituyen un rompecabezas muchas veces difícil de armar. En muchas de estas situaciones, junto a cuidadores, habrá familiares (en distinto grado de implicación presente e histórico), amigos, adultos que han tomado parte en proyectos de convivencia, responsables de organismos institucionales. Expondremos un modo de trabajar estos temas, surgido a raíz del seguimiento de un caso, que consideramos puede ser de interés como ejemplo de adaptación de la intervención para dar cohesión y unidad a estas biografías “deshilachadas”, en un marco que preste la adecuada atención a los momentos de desarrollo y las funciones de sostén necesarias.

UN HOSPITAL DE DÍA SIN PAREDES, UNA FAMILIA AMPLIADA

José es un niño institucionalizado desde los 6 años (con un periplo por diversos recursos hasta llegar al piso tutelado donde continúa desde hace 4 años aproximadamente), tutelado por los poderes públicos, que mantiene el contacto con su madre y hermanos biológicos en visitas mensuales en punto de encuentro.

Pensamos que el foco del trabajo (en el que intervengo como consultor) realizado en los últimos 4 años está en la tarea de adecuar su entorno real a las necesidades emocionales de José, en el sentido de reforzar y cuidar la red objetal que structure su mundo interno: la idea es que la familia, en este caso, está constituida por un conjunto de agentes, con diversas funciones, junto a la familia biológica, en donde las funciones esenciales normativas quedan repartidas y deben ser

reestructuradas y apoyadas de diversa forma para conseguir un equilibrio promotor del crecimiento. La forma de efectuar este “seguimiento terapéutico” sería equivalente a la reunión de síntesis en el trabajo en hospital de día, es decir, el espacio clave donde conjuntar la comprensión dinámica de los procesos que se están poniendo en juego en el desarrollo del paciente, para adecuar la adaptación, y fundamentalmente la disposición emocional de los intervinientes para potenciar esas capacidades de integración y evolución.

Se inició un abordaje exploratorio, con entrevistas con el niño y reuniones con sus cuidadores y responsables, para valorar sus posibilidades de movilización y contacto, así como su funcionamiento mental. Se señalaron los problemas centrados en el déficit por falta de estimulación, el problema con las relaciones por su dificultad para elaborar una identidad al no tener modelos a los que aferrarse. Se planteó como objetivo central restituir un medio entorno con la estabilidad necesaria para favorecer esos procesos detenidos, como condición de ver la posibilidad de que pudieran despegar. Los desórdenes cognitivos se pusieron en un segundo lugar y condicionados a esos otros procesos detenidos.

La base de esta tarea se constituyó posteriormente en la reunión de síntesis del equipo (que preferimos al término supervisión) que pensamos constituye una auténtica tarea de trabajo en red. En un funcionamiento que nos gusta denominar “hospital de día sin paredes”.

RESUMEN DE LA EXPERIENCIA VITAL DE JOSÉ

Cuarto de 5 hermanos, los tres mayores separados de él por más de 8 años.

En su primer año de vida ya solicita la familia que Protección de Menores se hiciera cargo, por dificultades económicas, unido a:

- Problema mental de la madre (cuadros depresivos, hipcondríacos). Minusvalía de la madre del 42% por cuadro distimia en 2002.
- Problema en la pareja (alcoholismo, maltrato).

A los 3 años del niño la madre vuelve a solicitar la retirada de la guarda de los dos menores.

A los 6 años la Junta asume la guarda de los niños. él y el hermano menor institucionalizados. Al año siguiente separación de los padres. Actitud ambivalente de la madre, con reticencia a delegar tutela y cuidados del niño pero también a tenerlo de forma implicada.

Con 9 años, inicia acogida familiar (el pequeño también). En el caso de José no llega a un año de convivencia, se dan problemas de comportamiento y tras una fuga se considera fallida y vuelve a un piso tutelado. (El hermano menor sigue su acogida hasta la actualidad).

RESPECTO A LOS PROBLEMAS DEL NIÑO

Quejas de la madre, desde los 3 años, de mal comportamiento, celos del pequeño.

Informes del colegio, con 6 años, en que se describen como desaseados, con conductas inapropiadas, con agresividad hacia los compañeros y conductas sexuales inapropiadas a la edad. Siguen a eso la guarda por la Junta y ambivalencia expresada por la madre en cuanto a la frecuencia con la que ve a los niños o pasan con ella fines de semana.

Descrito como: “provocador, agresivo, contestón con adultos e iguales, suele calmarse cuando un adulto se dedica a él individualmente, su comportamiento cambia por completo”.

La madre lo describe como “éste está como yo, es nerviosísimo, y no para porque siempre está nervioso y está loco, loco, loco desde que nació”.

Desde el inicio de los problemas de conducta es visto por un neurólogo pediatra y alternativamente por psiquiatra, no se ponen muy de acuerdo y el resultado es el diagnóstico de TDHA y tratamiento con metilfenidato y neurolépticos. Estos últimos en 2005 a dosis importantes, tras la fuga y la acogida fallida. José presentaba tics que disminuyeron y desaparecieron al suprimir la medicación, y que, junto a la situación referida fueron el motivo del inicio de consulta.

El funcionamiento mental de José, que a la evaluación hubiera podido adscribirse como disarmónico (pero, con el

condicionante de las condiciones vitales mantenidas hasta entonces, fue dejado el diagnóstico en suspenso hasta ver la evolución), mostraba también importantes puntos de potencialidad hacia una mejor estructuración, y que hacían pensar también en que, al menos en períodos clave, el ambiente, con sus defectos, había provisto al niño de alguna vinculación estructurante. Entre estos, y no menor, estaba su capacidad de preocupación y cuidado del otro (lo que se muestra desde sus primeros juegos en consulta donde, teatralizando peleas con muñecos, se preocupaba cuando algún golpe “llegaba” al entrevistador). El retraso madurativo importante se consideró que explicaba las dificultades cognitivas y de aprendizaje, y que era preciso poner el foco aparte de en la evolución sintomática, en facilitar en lo posible el desarrollo emocional deprivado, para lo que lo primero era disponer de un ambiente estable con figuras de vinculación constante.

EL SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

A una primera respuesta positiva del niño, con buena adaptación en ese momento al piso donde estaba e inicio de vinculación con un educador, así como el cese de los tics y de las conductas más disruptivas, siguió un suceso institucional externo que determinó a los pocos meses el cambio a un nuevo piso tutelado, con otra cuidadora de referencia y compañeros de piso, en donde ha continuado hasta la actualidad.

Un aspecto central en la vida de José eran las visitas mensuales en que entraba en contacto con su madre y los hermanos, en el punto de encuentro, bajo la responsabilidad pública también.

Se dispuso un seguimiento por nuestra parte en el que periódicamente organizaba consulta individual con José (una vez por mes) y reunión con la cuidadora directa y las responsables del equipo de Menores del seguimiento de la institucionalización del niño (una por mes, alternativamente con las sesiones).

En las reuniones de síntesis poníamos en común la marcha del funcionamiento de José, así como de su madre frente a la problemática legal y las instituciones, o la de las responsables respecto al marco más amplio.

Así, al principio de su acogida en el piso en que ahora está, el objeto de observación era una “familia ampliada” conformada por la madre y los hermanos mayores, institucionalizados, y el pequeño, en acogida; eran también la pareja de acogedores con los que seguía teniendo contacto de visitas, a pesar de haber fracasado la acogida, y era sobre todo la nueva educadora a la que se estaba vinculando, así como las responsables del equipo tutelar; y teníamos que pensar en las funciones y equilibrio, el significado de estos “objetos” en la vida del niño y su articulación posible.

La tarea implicaba pensar también en los papeles laterales que estos personajes juegan unos para otros. Así, en el análisis incluimos el rol que sobre la madre biológica podían jugar las responsables tutelares para, al hacer su seguimiento del caso, poder hacer un apoyo reconstitutivo de las funciones maternas en ese lugar tan escueto y escaso, pero de peso, que eran los contactos con José en el punto de encuentro y telefónicos. Esta función estaba muy dirigida a recuperar en lo posible una alianza positiva de trabajo con ella y reforzar su papel continente y de paraexcitación (y que en principio consistió más en disminuir las proyecciones evacuativas y desmesuradas que ella hacía sobre el hijo).

El problema era como conjugar estos factores en una situación favorecedora del crecimiento. Un foco central era cómo ofrecer una adecuada distancia y espacio para la madre, que no fuera en contra sino a favor, y para las “otras madres” que se repartían la funcionalidad del objeto materno. Cómo dar un lugar a los otros personajes que nos permitiera también elaborar e ir pensando los conflictos del desarrollo y cómo estos se jugaban en cada uno de los intervinientes.

EVOLUCIÓN DEL CASO. EL TRABAJO CON LOS DISTINTOS “LUGARES” DE LA MADRE

Tras la mejoría inicial del niño, entró luego en una nueva etapa donde lo crucial era mantener la constancia y la adaptación inicial al nuevo entorno y figuras de referencia, mientras se intentaba estabilizar, de la manera menos “tóxica”, la relación

con la familia biológica (que, con todas sus carencias y dificultades seguía siendo un referente valioso para José).

Nos fuimos dando cuenta que el trabajo con la madre era clave para la estabilidad del hijo. En este sentido, la discusión de los procesos en juego pudo ser utilizada para que las responsables del equipo, que se reunían con la madre en entrevista antes de los encuentros pudieran ir dando un marco más contenedor a tales entrevistas y contenidos, pasando a desarrollar un auténtico trabajo terapéutico contenedor de la madre (y ejerciendo una función que decidimos comparar con la de “buena abuela” para esta madre privada).

Al denominar “lugar” de la madre nos referimos a las distintas representaciones mentales de otro que podemos especular constituían el objeto “madre” para José, y que en la realidad externa podía estar encarnado en varias figuras. Pero también al trabajo de pensar y encontrar un lugar desde el que cada una de estas figuras pudiera hacer, ejercitar su función materna sin entrar en conflagración con las otras.

La madre de José presentaba un funcionamiento perturbado, con muchos rasgos narcisistas y de insuficiencia. La siguiente descripción de las impresiones del equipo al principio refleja bien la situación:

“José mostró un comportamiento más problemático (en el colegio, diciendo que él es que no puede evitarlo porque es nervioso, que está enfermo”) que no siguió los días posteriores”. Lo ponen en relación con la visita con la madre el día previo.

Narran esta visita: “La madre llega mientras él, con las educadoras, está en la puerta del punto de encuentro. Es el primer contacto con estas nuevas educadoras de la madre. La notan fría y distante, con conversación de compromiso, fría con el niño y le empieza a decir que está nervioso, que si toma las pastillas, que cómo no las toma... lo que al parecer siguió en la visita. Durante la misma los niños juegan y en esta ocasión sigue con los comentarios de que José está enfermo, cómo se ríe, que necesita pastillas... refieren que la notan muy insegura y ambivalente, cómo desde el principio: queriendo reunirse pero no participando luego mucho, mientras los niños juegan,

cosa que la madre atribuía antes a influencia de los hijos mayores, como que éstos no la dejaba otro tipo de relación”. Han visto que la relación que ella establece es la misma. (En esa época el hijo mayor le ha reprochado a la madre que nunca ha sido una madre para ellos, cosa que hasta ahora no había surgido explícitamente entre ellos).

Nos planteamos el significado que todo esto podía tener para la madre y la posible vivencia persecutoria y de rivalidad que experimenta con relación a lo que, desde la institución y las “educadoras” de todos sus hijos, se hace, así como lo desfalliente de esta mujer y la necesidad de un apoyo como forma de neutralizar ese funcionamiento, pudiendo conectar más con la manera de ella de expresar su “ser buena madre” a través de la preocupación por la enfermedad, el tratamiento, el ampliar la visión tratamiento a “las entrevistas con las responsables”, la importancia de lo que ella aportaba también para los educadores, para entender a José y lo que pasa, lo mal que ella también lo había pasado y hacerla entender más las etapas que pueden atravesar sus hijos e incluso relativizar el conflicto que ella en ese momento vivía de forma tan aguda con los reproches de los mayores.

Es decir, la tarea que surgió era como apoyar y encontrar la forma de ayudar a situarse a esta madre, en esta función materna en la distancia, y con las limitaciones narradas, lo que nos parecía fundamental para reducir la carga de identificaciones proyectivas que recaían de forma especial en José (el “hijo loco”), aunque también se puede pensar en un cierto efecto de construir y mantener un tenue hilo de relación materno-filial a través de esas proyecciones, ya que José tenía una imagen construida de su madre que le hacía responder a las mismas de forma sistemática, y una vinculación con ella que defendía.

EVOLUCIÓN DEL NIÑO

Tras un tiempo de adaptación, su apego a la cuidadora se mostró más sólido, pudiendo mostrar un comportamiento menos formal, pero en general adecuado, con expresiones de afecto y de temor a la pérdida más evidente. A la vez, seguía

el desarrollo de las visitas con la madre mucho más estable también.

Eso no quiere decir, claro está, que no siguiera la actitud ambivalente de la madre. Ésta seguía con su objetivo de recuperar a sus hijos por vía legal (sin distinción entre la situación de ambos hijos pequeños, ni tampoco en los efectos de sus reverses legales). El efecto de estas ocasiones en José era evidente, manifestando a su cuidadora más nerviosismo ante diversos avatares en las visitas. Por ejemplo, en una ocasión en que le dan regalos a él, no a su hermano, esto le hacía luego temer el que significara que él podía irse a vivir con su madre, al igual que ocurría, según él, si no evolucionaba o se portaba bien. Esto llega hasta la manifestación de tics tras la visita en que hay esa diferencia entre los regalos a él y no al hermano. En otros momentos, presentaba conductas de pequeños hurtos y lenguaje malsonante que la cuidadora interpretaba como retos o provocaciones a ella. Tras alguno de estos episodios, en que además la cuidadora le lleva al campo con su propia familia, José llega a decirle: “Feli, tú me has salvado otra vez” (en relación a no expulsarlo por su mal comportamiento, en un plano más superficial, pero podemos pensar también: expresando la auténtica tarea de rescate emocional por parte de esta cuidadora, la persona más estable en el tiempo de vida de José).

Meses después, su cuidadora plantea que va muy bien, se comporta incluso extremadamente bien, ha conseguido avances no despreciables en el colegio, para el nivel del que partía (hay que resaltar que con nivel bajísimo, en pocos meses aprendió a escribir y leer aceptablemente al estabilizarse en el nuevo recurso, es decir, en la vinculación con su cuidadora), pero no lo ve forzado. Incluso empieza a tolerar mejor las visitas, que a su vez se están regulando mejor. La madre le pregunta en cierta ocasión si es él el que ha dicho a los responsables que él no quiere irse a vivir con ella. Esta interacción fue reconducida en la visita, pero nos hizo pensar luego que la madre se daba cuenta de que las cosas habían cambiado. José empezó posteriormente a manifestar su deseo de llevarse fotos suyas de pequeño al piso. Se nos planteaba la consecuencia que pedírselas a esta madre podía tener (fantasía que

expone la cuidadora: quien tiene las fotos se apropia del pasado). En la síntesis del caso planteamos que podría ser útil a la tarea: hacerle ver a esta madre lo que es un niño que crece y su lugar y función: si le lleva unas fotos a la visita, la importancia para el niño de tener eso de ella (estaba además el tema del sitio que se iba haciendo José en el piso, con los otros chicos, que sí tenían fotos).

A la par de esta evolución cotidiana, en el seguimiento mensual conmigo, ha pasado de las sesiones de juego a poder empezar (en el último año) a hablar directamente de sus problemas de “organización” familiar y las cosas que le angustian.

EVOLUCIÓN DE LA MADRE

Aprovechando las visitas previas con las responsables para regular la visita mensual, la madre pudo ir mostrando más confianza en ellas. Les plantea en alguna ocasión la posibilidad de llevar a su nueva pareja, que discuten y en determinado momento frenan, hablándolo con este hombre y determinando la importancia de los encuentros para pensar qué transmitir en una situación con tantas figuras, el transmitir una cierta categorización de “familia-no familia” era importante. Por otro lado, la madre iba siendo capaz de recoger señales como las que le da otro de sus hijos mayores, respecto a no meter en las cosas de los mayores a los niños y contenerla respecto a los temores por la conducta de los pequeños (interpretada por ella persecutoriamente en la dirección de “me rechazan, me expulsan, no me quieren, quieren a otra como madre”).

El resultado del trabajo con ella pudo mostrarse en su confianza con la responsable para poder aceptar determinadas limitaciones e incluso no entrar en rivalidad con ellas ni con la cuidadora de José en situaciones vitales clave (la comunión del niño, incluso el pedirles consejo sobre el tipo de regalos a hacer), o mostrar su aceptación al hijo de su reconocimiento al papel de la cuidadora como positivo y aceptado por ella (aunque fuera a la fuerza). Esto ha contrastado fuertemente con su dificultad para asumir la acogida del hijo menor y su continuo rivalizar e intentar revocar la acogida.

Esta evolución de la madre, sostenida en un intenso trabajo del equipo, pensamos que manifestaba una auténtica función de paraexcitación, en la conducta y emociones expresadas por el entorno, los intervinientes y el propio José: así, por ejemplo, al pasar al instituto, hace un año, él mostraba su preocupación por el inicio, y según Feli, su cuidadora, se daba el reconocimiento de su vulnerabilidad mayor, el temor a que otros lo manejasen, así como la consciencia de sus déficits pero vividos de manera menos catastrófica (hasta entonces, un fallo o lo que interpretara así suponía el temor a que todo su “mundo” se derrumbase).

Un objetivo clave siguió siendo cómo ayudar a la madre a colocarse en la distancia en la que interviene pero como madre proveedora en lugar de obstaculizante, así como a que deslindase el conflicto de poder “legal” (con las implicaciones narcisistas en el fondo para ella) y a amortiguar su lectura de las conductas conflictivas de los hijos (que tomaba en sentido persecutorio en cuanto diferían de sus intereses o no comprendía).

Se trataba por tanto de, a partir de esos escasos puntos de contacto, favorecer un lugar para ella en la vida y mundo interno del niño que no fuera intrusivo y paralizante, y que seguía teniendo una importancia que pudiera ser valorada por ella.

LA EVOLUCIÓN DE LA OTRA “RELACIÓN MATERNA”

En estos años hemos visto cómo este proceso en ella ha ido de la mano de los aspectos más cuidadores y maduros (y a veces “hipermaduros”) de José, capaz de contener a la madre explicándole que si el pequeño rechaza la merienda que ella le ofrece en el encuentro no quiere decir que la rechace...

Junto a esta evolución en su relación (cogida entre las pinzas que suponen una visita mensual más contactos telefónicos) podemos considerar el proceso que se ha ido dando en su relación con la cuidadora (afortunadamente estable todos estos años) y cómo ha evolucionado. Este proceso también ha constituido un objeto de nuestras reuniones de síntesis y que por resumir sintetizaremos en un logro y un problema:

- El logro lo expresa José cuando dice: “tú eres mi madre del alma, la otra del corazón (la sangre)”.
- El problema, junto a la adecuación extremadamente oportuna y continente de esta cuidadora, y los avatares del crecimiento de José (regresiones, rivalidades fraternas, ambivalencia ante su relación con la madre, con los antiguos acogedores, etc.), está en el coste emocional de encontrar una distancia adecuada que le permita funcionar como la madre que necesita este niño pero sin serlo, lo que significa sobre todo con fecha de finalización para esa función, determinada por la organización institucional a partir de la autonomización de José cuando llegue. Pero esto es motivo de otro debate.

CONCLUSIONES

Finalizamos aquí esta breve referencia a un proceso complejo que nos parece de interés por lo que supone, con los medios de que disponemos, de un trabajo en red de la función de apoyo al desarrollo en condiciones anómalas. El trabajo de elaborar los distintos aspectos de una función de construcción de un apego seguro, de una base segura, desempeñada por diversas personas desde distintas posiciones que exigen un continuo trabajo de reequilibrio.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, A. *Una presencia que da vida* (Psicoterapia psicoanalítica con niños autistas, borderline, deprivados y víctimas de abuso sexual). Biblioteca Nueva. Madrid, 2002.
- Trowell, J.; Bower, M. (Eds.). *The emotional needs of young children and their families (Using psychoanalytic ideas in the community)*. Routledge. London, 1995.
- Winnicott, D.W. *Deprivación y delincuencia*. Paidós. Buenos Aires, 1991.

UN LUGAR PARA CRECER: DE LO IDEAL A LA POSIBLE*

Carmen Marcos** y Luz M.^a Córcoles***

RESUMEN

Este texto presenta una forma de abordaje en el seguimiento con menores acogidos en recursos residenciales del sistema de protección fundamentada en: el análisis de la realidad desde una perspectiva sistémica, en el trabajo en red de profesionales pertenecientes a dos ámbitos y en el trabajo con la madre concretado en del paso a través de la construcción del sistema terapéutico, de un contexto de control a un contexto de ayuda. A su vez invita a la reflexión sobre la necesidad de una mayor complementariedad entre la perspectiva clínica y la social como forma de adecuar al máximo la intervención con menores víctimas de maltrato.

Palabras clave: Trabajo en red, modelos sistémicos, construcción, vinculo, resiliencia, influencias constructivas.

ABSTRACT

We present a kind of therapeutic approach to intervene whit children in foster care. It's based on:

The analysis of the situation from a systems perspective.

A networking of profesional belonging to different areas.

* Comunicación libre aceptada para su publicación en la Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.

** Psicóloga. Servicio de Protección de Menores. Dirección General de Infancia y Familias. Junta de Extremadura..

*** Psicopedagoga. Servicio de Protección de Menores. Dirección General de Infancia y Familias. Junta de Extremadura.

The intervention whit a mother by creating a therapeutic system where there is a charge from a context of control to a context of help. At the same time, we invited the reader to think about getting a higher complementary between clinical and social perspectives as a way to improve the interventions whit abused children.

Keywords: networking, sistems perspective, construction, attachment, resilience, constructive influences.

ENCONTRAR UN LUGAR

José hoy tiene 14 años, su hermano mayor estuvo en recursos del sistema de protección hasta su mayoría de edad y su hermano pequeño está en acogimiento familiar permanente con familia ajena. Su historia familiar está marcada por su pertenencia a una familia disfuncional en la que en los primeros años de su vida asistió y fue víctima de maltrato y de cuidados negligentes por parte de sus progenitores, un padre alcohólico que maltrataba a ellos y a su madre, una madre con reconocimiento de minusvalía por Trastorno de la Afectividad: trastorno distímico, que no proporcionaba los cuidados y la protección necesarios. José con tres años, cuando vivía con sus padres, ya presentaba problemas de conducta tanto en casa como en el colegio. En el colegio la relación con los iguales era a veces cariñosa, a veces agresiva y sin respetar las normas en clase, su atención está muy dispersa y manifiesta nerviosismo en todas las actividades. En casa José tenía comportamientos anómalos con llamadas de atención continuas: agresividad, llanto, sueño, se niega a comer, se quita la ropa continuamente.

Cuando José tenía 6 años, tras separarse de su marido la madre y viéndose desbordada por la situación decide solicitar la guarda de los niños y que éstos pasen a un recurso residencial de nuestro sistema de protección.

José a pesar de su corta edad cuando llega al piso tutelado lleva en su haber un largo recorrido institucional: es acogido junto con su hermano pequeño en centro de menores, cuando contaba con seis años de edad, tras un período en el que se estudia el caso y considerando las necesidades que José tenía en ese momento se propone asumir su tutela y que el niño

junto con su hermano menor pasen a convivir a piso tutelado. Durante su estancia en el centro de menores los educadores hacen una descripción de la conducta del niño: no atiende a las normas básicas, insulta y arremete físicamente, incapacidad para realizar tareas, incapacidad para realizar actividades manuales básicas, falta de autocontrol, nivel escolar muy bajo, no tiene adquiridos los rudimentos básicos de la lectura y la escritura, se pelea e insulta a los compañeros, intentos de fuga y de esconderse, se pasa horas buscando “bichos” y mariposas, es muy travieso, es extrovertido y alegre, resulta fácil provocarlo para pelear, responde muy bien a las muestras de afecto y atención individualizada, requiere un adulto para hacer sus tareas, es muy miedoso y se despierta con pesadillas, y en ocasiones presenta enuresis nocturna.

A pesar de su corta edad la conducta de José se torna inmanejable y se solicita una consulta con el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil se le prescribe risperidona para el control de su conducta, José también es derivado al Servicio de Neuropediatria donde se realiza una exploración que se detecta que tiene menos desarrolladas determinadas áreas cerebrales, le prescriben psicofármacos. A su vez el piso tutelado cuenta con una psicóloga que trabaja dos veces por semana con el niño y que diagnostica un TDAH, ante la falta de concentración y de atención y la inquietud del niño se le prescribe por parte del Servicio de Psiquiatría metilfenidato para tratar el TDAH. En este mismo año a José se le reconoce una minusvalía por retraso madurativo de etiología no filiada.

El niño permanece en el piso mientras se valora su caso y se define si tanto él como su hermano menor son susceptibles de una medida de adopción. Durante este tiempo existen contactos (visitas al domicilio familiar, visitas con y sin supervisión) con su madre, padre y hermanos, contactos que afectan notablemente a José y que éste traduce y expresa a través de su conducta siendo ésta cada vez menos adaptada. Tras valorar que José no podía regresar con su familia de origen y que ni él ni su hermano eran susceptibles de adopción, cuando contaba con 9 años se formaliza el acogimiento familiar con familia ajena de ambos niños. La evolución inicial de José con la familia acogedora fue buena, en los inicios se apreció mejoría

especialmente en los primeros meses de la acogida, sin embargo y una vez que fue avanzando el tiempo José empezó a mostrar dificultades para manejar su conducta, dificultades similares e incluso más graves que las que había mostrado en el centro de menores y en el piso tutelado, presentando tics muy llamativos, todos estos síntomas se agudizan tras las visitas con la madre, hasta el punto que la familia plantea que el niño necesita ayuda y que ellos tienen muchas dificultades para hacerse con él. Tras su estudio y valoración el Equipo de Acogimiento Familiar propone que se revoque el acogimiento de José y este es acogido nuevamente en piso tutelado contaba con 10 años. Un acontecimiento externo al piso tutelado en el que estaba hace que José sea trasladado nuevamente al piso tutelado en el que reside desde entonces hasta la actualidad.

Una vez que el niño pasa al Programa de Pisos Tutelados, desde el Equipo de Orientación y Seguimiento realizamos un análisis del caso en el que consideramos que a priori existen tres áreas básicas de intervención:

Salud Mental: Hasta ese momento las intervenciones educativas y el tratamiento farmacológico no estaban dando los resultados que se esperaban, el niño lejos de mejorar empeoraba. Del mismo modo y teniendo en cuenta la historia de maltrato y cuidado negligente que había sufrido y que no había recibido ningún tipo de terapia, considerábamos necesario que una vez valorado, y si así lo determinase el profesional competente para ello, se le pudiera proporcionar un espacio terapéutico en el que trabajar su historia familiar, de abandono, de pérdidas de figuras significativas y sus problemas conductuales, de aprendizaje y de adaptación al nuevo contexto en el que estaba. Debido a que el Sistema Público no ofrecía posibilidades de intervención terapéutica y ante la necesidad de contar con una segunda opinión optamos por dirigirnos a un profesional privado.

Intervención psicoeducativa: Con la madre y los hermanos, con el fin de que la hora de visita pasara de ser una fuente de angustia para el niño a un momento donde poder estar con su madre y hermanos sin llegar a ese estado. Orientación, apoyo, coordinación y seguimiento con la educadora del piso tutelado en el que está acogido en la actualidad.

Coordinación de profesionales: Punto de encuentro familiar, educadora y coordinadora de la asociación, educadores de su hermano mayor que en ese momento permanecía en el sistema de protección, Equipo de Acogimiento Familiar.

En relación con la valoración que el psiquiatra-psicoterapeuta hizo respecto de José y el plan de trabajo que se organiza para él: Tras valorarle, apunta una orientación de su desarrollo hacia una Disarmonía Evolutiva y suspende la medicación para el control de la conducta y para TDAH.

Una vez realizada la valoración a propuesta del psicoterapeuta el chico asiste una vez al mes a consulta y su educadora y nosotras como equipo de seguimiento otra vez al mes para seguimiento y coordinación técnica.

En estos cuatro años de trabajo hemos asistido a una mejora muy notable en la evolución de José hace casi dos años que fue dado de alta en la consulta de Neuropediatria.

UN LUGAR PARA CRECER

Cuando José llega a nosotros nos encontramos con una situación de partida: un niño que ha sufrido lo que algunos han denominado el “síndrome del peloteo”: centro de menores, piso tutelado, acogimiento familiar con familia ajena, piso tutelado, y un niño con graves dificultades en su desarrollo, en la relación con adultos e iguales, y aparentemente muy medicado. Nos hacemos las primeras preguntas con las que iniciamos el abordaje del caso:

¿Qué posibilidades tenemos de dar estabilidad a la vida de este niño? ¿Qué es lo que más lo desestabiliza? ¿Hay algo que podamos hacer para dotar su vida de estabilidad?

Cuando nos detenemos en la pregunta ¿qué le desestabiliza?, todas las personas que han estado en contacto con José indican: “Se pone fatal los días posteriores a las visitas con la madre, pero en los períodos en que se han suprimido las visitas para ver si mejoraba también se pone muy mal” (haciendo referencia a que su conducta es más inmanejable). Ésta es una apreciación algo común entre algunos profesionales de la protección infantil, nos preguntamos ¿la psicología del desarrollo

evolutivo del niño maltratado y las implicaciones de la T^a del Apego en la psicopatología no deberían ser materias troncales en los planes de formación para aquellos profesionales cuyo desempeño esté encaminado a trabajar, al menos, con menores víctimas de maltrato? Nos movemos en la hipótesis de que tal vez esto evitaría, al menos en parte, hacer apreciaciones de forma lineal como si de una relación causa efecto se tratara y tomar decisiones como por ejemplo la supresión de visitas con el objetivo de que el chico mejore. El problema quizá radique en que se le puede estar dando un tratamiento muy simple a una cuestión tan compleja, trascendente, delicada e importante como lo es la vinculación afectiva en el desarrollo de los menores.

En nuestro análisis nos queda muy claro que existe un vínculo muy fuerte de José con su madre, un vínculo que le daña, un vínculo que le hace depositario de un mensaje: “Estás loco, loco, loco como yo”, que existe, que es potente y que no podemos, ni debemos cortar. Ante esta situación nos hacemos las siguientes preguntas:

¿Cuál es el lugar de la familia de un niño que ha sido colocado fuera de ella? ¿Cuál sería el lugar adecuado para la familia de un niño que ha sido colocado fuera de ella y a la cual no debería retornar? ¿Cuál es el lugar de la familia? o más concretamente ¿Cuál es el lugar de la madre de este niño? ¿Cuál debería ser el lugar de la familia? o más concretamente ¿Cual debería ser el lugar de la madre de este niño? ¿Cuál es el lugar posible para la familia, o más concretamente, para la madre de este niño? *¿Cuál es el lugar posible de la madre de este niño?*

EL LUGAR DE LA MADRE

La madre de José tenía un lugar en su relación con el Sistema de Protección, un lugar como madre muy litigante, era esa, en ese momento, su única forma de aparecer como una buena madre. Este es el lugar que ella se tiene dado como madre y que el sistema también le da o refuerza: “una madre que lucha por sus hijos y que se pelea con el Sistema de Protección y por ende arremete hasta físicamente si es necesario contra los diferentes profesionales que han trabajado con ella”

una madre que necesita decirse que la responsabilidad “culpa” de que sus hijos estén en el sistema de protección es de su ex marido y de la situación de maltrato al que este la sometía” “una madre que viéndose desbordada solicitó que sus hijos entraran en un centro de acogida de menores y a la que sus hijos mayores reprochan este hecho ” ”una madre que quiere ejercer de madre pero con muy poca consistencia en sus demandas”, no llega a pedir que sus hijos vayan a vivir con ella, sino que vayan algún fin de semana a casa” “es una madre muy presente para el niño y a su vez muy invasiva y muy tóxica” “una madre con muy pocas posibilidades de realizar un ejercicio de mentalización en relación con su, sus hijos” “una madre con serias dificultades a la hora de contenerse y de ofrecer contención emocional.”

UN LUGAR PARA PENSAR LOS LUGARES

Con todo lo anterior y durante la elaboración del plan inicial de intervención, nos preguntamos qué actuaciones se habían realizado con este caso, al objeto de no hacer más de lo mismo y si había alguna acción que no se hubiese intentado, todo ello tomando como referencia para el análisis de la realidad y la intervención los modelos sistémicos (Minunchin, S).

Las acciones que no se habían intentado hasta ese momento eran:

- Consultar una segunda opinión. Teníamos dudas acerca del diagnóstico de TDHA (para profesionales lejanos a los contextos de protección infantil no es difícil diagnosticar a un niño víctima de maltrato como TDHA, aunque esto daría para otra comunicación) y como señalamos al principio nos parecía que el niño podía estar medicado en exceso.
- Ofrecer un espacio terapéutico, si el niño lo necesitara y así lo estimase el profesional competente.
- Establecer un régimen de visitas en un espacio supervisado y trabajar con la madre el contenido de las mismas.
- Coordinación con el resto de profesionales que trabajan con los demás hermanos.

A partir de este planteamiento y tras realizar la demanda de valoración para José, *confluimos dos equipos de profesionales que trabajan en dos contextos diferentes pero que creen, favorecen y comparten un modelo de intervención en red.*

La idea de que cada uno ocupe su lugar en la red y deconstruir, reconstruir y construir los lugares necesita de espacios para pensar los lugares, de uno/varios lugar/es para pensar los lugares.

Una de las dificultades que se plantea a la hora de poner en marcha experiencias de trabajo en red son las dificultades de tiempo y los costes económicos, sin embargo es posible, con un escasa pero sistematizada inversión en tiempo y recursos humanos, realizar una intervención (prevención e intervención en atención primaria) que evitará costes posteriores: emocionales y económicos, especialmente en el caso de que el menor tuviera posteriormente que ser derivado a un dispositivo de atención especializado. Los mínimos necesarios para este caso han sido: Un espacio psicoterapéutico para el menor 1h/mes, un espacio de coordinación/intervención/supervisión para los profesionales del ámbito social (equipo de seguimiento y educadores) y los profesionales de la salud mental infantojuvenil. 1h/mes, un espacio de intervención para la familia (equipo de seguimiento) (1h/mes), un espacio de coordinación profesionales de educación con profesionales de la protección a la infancia (habitualmente educador/a del menor-profesor tutor) 1h/mes), un espacio de coordinación/seguimiento equipo de orientación y seguimiento-educador (1h/mes).

LOS LUGARES

Teníamos un mapa que nos daba una idea de cómo era la red que en ese momento sostenía a José y qué lugar ocupaba cada persona (profesional, familia, amigos), pero sobre todo teníamos claro que esa red a duras penas sostenía a José, temíamos que en algún momento se escurriera por alguno de los agujeros de la red, que la red se rompiera y que cayera por el desfiladero de los trastornos de conducta, de la psicosis o del trastorno de personalidad.

Representación gráfica de la red que sostenía a José en 2006



LOS LUGARES POSIBLES

Analizando el mapa que teníamos optamos por trabajar los lugares, sobre la base de la idea de que la tarea fundamental se debería centrar entonces en colocar a cada uno en su lugar, entendíamos que era una buena forma de reforzar y reconstruir una red que pueda realmente sostener y proteger al menor y en la que cada nudo tiene que tener un lugar, un lugar fuerte que dé estabilidad al resto de la red. *No cualquier lugar sino un lugar aceptable y posible para cada uno y no siempre en el mismo lugar en relación con los demás.* Para José hace poco menos de un año que aparecimos en escena, antes para él estábamos entre bambalinas, las compañeras que llevaban el caso del hermano salieron de escena, otros compañeros ocupan ese espacio pero no representarán el mismo papel, con total seguridad tendrán otro lugar. Toda la reconstrucción de la red se realiza desde la pregunta *¿qué lugar damos cada uno al otro?*

Una vez que construimos un lugar para cada uno, y que cada uno construimos, deconstruimos y reconstruimos nuestro lugar en la red en relación con los otros, nos queda una red más o menos como la que representamos gráficamente más abajo, pero que sigue necesitando de construcción de lugares y continuos ajustes y reajustes, una red que está viva.

CONSTRUIR UN LUGAR PARA LA MADRE

Partimos de la idea de que la intervención con la madre era un punto clave para poder proteger a José. En la búsqueda de un lugar para María teníamos que conocer con más exactitud, qué lugar tenía en la familia, y cuál era la que forma de funcionar de la misma, necesitábamos saber de dónde partíamos. Tomamos como referencia a la familia de transacción caótica tal como la define (Ausloos, G) aquellas en las que los acontecimientos se suceden sin posibilidad de parar, el funcionamiento de la familia de José tenía bastantes puntos en común. Nuestra tarea desde esta perspectiva se centra en las 12 horas de visitas supervisadas al año de José con su familia, esta es la vida cotidiana de esta familia. Teníamos la hipótesis de que a través de la intervención con la madre se podría construir algo diferente desde donde se ralentizaría y organizaría la sucesión de hechos, y al menos en lo que era la vida cotidiana de José con su familia, existiera más percepción de control sobre los acontecimientos que se sucedían, ofrecer mayor seguridad al niño en las visitas y de esta forma proporcionarle una mayor estabilidad.

Y desde aquí nos surgen nuevas preguntas: ¿Cuál es el lugar que deben ocupar los profesionales que trabajan en un contexto de control para la familia de un niño que ha sido colocado fuera de esta y acogido en contexto residencial? ¿Cuál es nuestro lugar como profesionales para esta familia? ¿Cuál debería ser? ¿Cuál es como profesionales nuestro lugar posible para esta familia? *¿Cuál es nuestro lugar posible para con esta madre?*

Mucho de la intervención con María se centró en construir primero y preservar posteriormente nuestra posición, para ello hubo que redefinir, pautar y muy especialmente hacer mucha contención emocional con esta madre. El contenido inicial del trabajo con María se centra en las visitas y en preparar estas, pautar, redefinir y ampliar con ella aquellos contenidos de visitas anteriores que habían ido bien, colocando el acento en lo que sí era capaz de hacer. Una vez que la madre nos colocó en un lugar donde nos percibía como profesionales que la acompañan, la contienen, le facilitan, y atienden algunas demandas

(aquellas que consideramos de escasa influencia en la vida del menor), efectivamente nos centramos en preservar, cuidar e incluso defender ese lugar, puesto que desde la relación que establecemos con la madre, esta permite mínimamente que la contengamos y esto a su vez influye en el desarrollo de las visitas que aunque no transcurren con tranquilidad si que son menos angustiantes para el menor. María acepta algunas pautas, y algunas cuestiones que tienen que ver con la redefinición de estados o conductas del menor durante la visita (nervioso-emocionado). Para poder conseguir nuestro objetivo fue muy útil desproveernos de cara a la madre de una de las funciones que por formar parte del Sistema de Protección la madre nos atribuye que es la de tomar decisiones, definimos eso con ella y depositamos esta función en nuestros superiores. También fue necesario definir con las compañeras nuestro lugar con respecto a esta madre y definir nuestra línea de intervención y que esta no tenía por qué converger con la línea de trabajo que se estaba llevando con el hermano menor, de este modo nos podíamos centrar en afianzar la relación la madre.

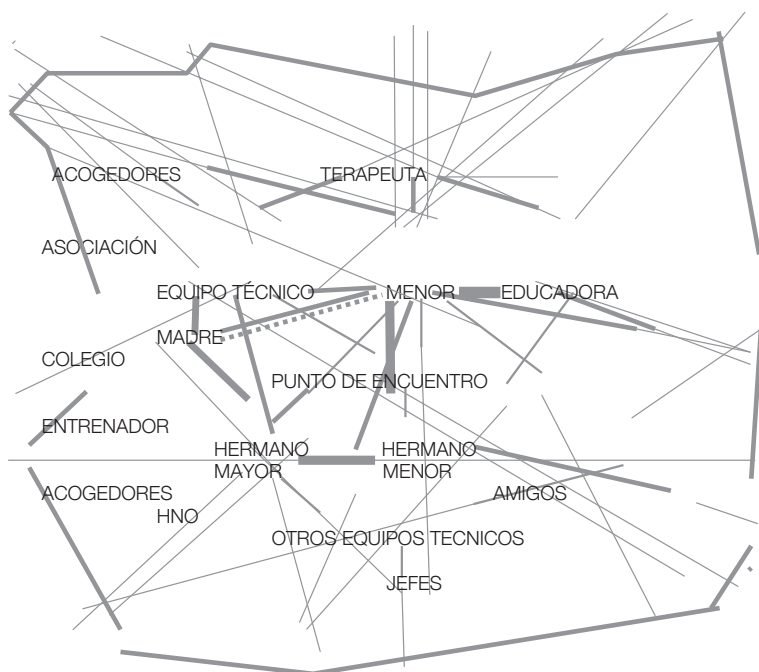
La construcción de la relación con la madre está fundamentada sobre la idea de aceptación fundamental de su persona, y también en la elaboración de un relato con ella en el que tiene un lugar como buena madre: una madre que al no poder cuidar a sus hijos pide y permite que otras personas los cuiden. Desde este planteamiento se fue estableciendo un vínculo entre una de las profesionales del Servicio de Protección y la madre, este vínculo se construye respetando la legitimidad de sus emociones, respetando su condición de persona, ofreciéndole un espacio donde poder reconocerlas y hacerse responsable de ellas, desde la base del respeto incondicional. Esto no quiere decir que aceptáramos lo que hizo o quiera hacer con nosotros, o con sus hijos, podemos estar en desacuerdo, y ponerle límites si es necesario, pero todo ello sin desconfirmar su condición de persona. En este caso distinguir la persona de su práctica nos ha permitido la apertura hacia la posibilidad de influencias constructivas en el trabajo con esta madre. En resumen construir un sistema terapéutico en un marco que empezó siendo un contexto de control y que fuimos transformando con la madre en un contexto de ayuda.

En relación con todo esto cabe decir que vincularse emocionalmente en la práctica profesional con madres como la de José es como una marea: calma/agitación, si no disponemos de recursos para capear la tormenta emocional que nos despierta corremos el riesgo de la desvinculación se instale y nuestro organismo opte por el “sálvese quien pueda” en forma de ataque violento, de la desconfirmación del otro o de la indiferencia.

De forma sencilla el lugar que puede habernos dado la madre podría definirse como el de una “abuela buena” e incluso el de “una mamá para la mamá”: ¿Una tutora de resiliencia quizá? (Vanistendael, 2003, Barudy, J. 2008).

EN ESTE MOMENTO TENEMOS UNA RED A MEDIDA PARA JOSÉ EN OCTUBRE DE 2009

La red a medida para J. en octubre de 2009



¿La vida cotidiana familiar de este chico está sostenida sobre un trabajo en red? Fantasear es gratis.

Llevarlo a la práctica e ir comprobando que va siendo posible: no tiene precio.

José sigue necesitando del espacio terapéutico del que dispone y con el mismo psicoterapeuta de referencia y a su vez los profesionales implicados en este caso seguimos necesitando por la complejidad del mismo y de la dinámica familiar, de la coordinación técnica con el fin de proteger y acompañar adecuadamente al menor en su proceso de crecimiento y proporcionarle estabilidad y seguridad física, psicológica y emocional.

LA ARTICULACIÓN DEL TRABAJO ENTRE LO CLÍNICO Y LO SOCIAL: EL NIÑO COMO EJE DE LA INTERVENCIÓN. PENSAR LOS CASOS EN COMÚN Y OTRAS CONSIDERACIONES

Normalmente algo tan aparentemente obvio y sencillo, como ofrecer un espacio psicoterapéutico a un niño que ha sido víctima de maltrato, si el profesional competente así lo determina, en el caso de nuestro sistema de protección va precedido en la mayoría de las ocasiones de una ardua tarea: justificar que un Servicio Público como es el Servicio de Protección de Menores, pague a un profesional privado para que haga algo que a priori atiende otro Servicio Público el Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil. Al hilo de esto surgen algunas cuestiones: ¿No debería ser un derecho a garantizar de oficio por parte de los poderes públicos para cualquier víctima de maltrato la asistencia psicológica, psiquiátrica o psicoterapéutica? ¿No es este a caso un punto clave para garantizar la protección y el adecuado desarrollo de los menores que han sufrido maltrato infantil y que necesitan de este tipo de apoyos?

Antonio Galán (2008) reflexionaba acerca de si lo clínico y lo social son dos lecturas ¿complementarias? Desde nuestro punto de vista, compartido con él, es, más que necesario, urgente, que estas lecturas sean complementarias. Existe una gran necesidad de un cambio en la mirada de los profesionales

de la Salud Mental Infanto-Juvenil hacia las señales y dinámicas familiares de maltrato, pues teniendo en cuenta las nuevas formas y síntomas de maltrato, la consulta de salud mental infantojuvenil se convierte, desde nuestra óptica, en un escenario y espacio privilegiado para la detección e intervención en prevención, tratamiento, y notificación, en su caso, de dinámicas de relación en la familia generadoras de maltrato infantil, (convergencia de las dinámicas que generan psicopatología con las dinámicas relacionales generadoras de maltrato), por otra parte podemos señalar que el reto para los profesionales de la Protección a la Infancia es la necesaria especialización clínica y psicoterapéutica que nos faculte para llevar a cabo con mayores garantías la tarea encomendada de la protección a la infancia, estamos además convencidas de ello, sin embargo, y mientras tanto: ¿No sería posible un trabajo en red en el que el profesional de Salud Mental Infanto-Juvenil formara parte del equipo de profesionales encargados de la Protección a la Infancia y la Adolescencia?

En otro sentido y siguiendo con la anterior referencia, la pregunta de si lo clínico y lo social deben ser dos lecturas complementarias y, teniendo en cuenta el trabajo que realizamos con la madre de José, no nos gustaría dejar de mencionar una realidad con la que los profesionales de la Protección a la Infancia nos encontramos en nuestra práctica diaria. En nuestro Sistema de Protección a la Infancia los Equipos de Seguimiento de Menores en Acogimiento Residencial trabajamos habitualmente con madres que sufren algún tipo de patología mental, son consumidoras de sustancias tóxicas, muy carenciadas y deprivadas, especialmente en los casos en que los menores están en acogimiento residencial y con mayor prevalencia en aquellos casos en que los menores mantienen una fuerte vinculación con su madre biológica (apego desorganizado/ansioso ambivalente), es por ello que nos preguntamos si esta situación aún no da más argumentos para contestar afirmativamente a la pregunta de: ¿Los profesionales encargados de la protección a la infancia(educadores, trabajadores sociales, pedagogos, psicopedagogos, psicólogos) no deberíamos disponer de una especialización en psicopatología, en clínica

y/o en psicoterapia?. En bastantes ocasiones la única posibilidad aceptada y ofrecida de intervención terapéutica que las madres de menores víctima de maltrato, madres que han maltratado a sus hijos, pueden recibir es la que se les ofrece en los dispositivos, especializados o no, de atención a la infancia y a la adolescencia, con el añadido de las peculiaridades del contexto de control en el que trabajamos, y sin perder de vista que el encargo que tenemos los profesionales de la infancia es la protección del menor. Nuevamente preguntamos: ¿Es el profesional de la protección infantil en la actualidad el indicado para realizar esta intervención?, ¿Debería el Sistema de Protección Infantil, como forma efectivamente de proteger a los menores ofrecer dispositivos de “tratamiento familiar” para las madres y padres que ejercen maltrato sobre sus hijos? (Barudy, J.; Cancrini, L.; Minuchin, S.).

No queremos dejar de lado otra cuestión que consideramos de cierta relevancia en todo este planteamiento de leer lo clínico y lo social de forma complementaria: ¿Quién debe funcionar como consultor?

En el caso de José el papel de consultor y de establecer la estrategia de intervención lo tiene el psicoterapeuta, pero en la definición de los diferentes lugares que debemos ocupar en la red, y tomando como referencia la calidad de las relaciones que en este momento existen entre los dispositivos de Protección a la Infancia y los de Salud Mental Infantojuvenil, nos preguntamos: en cada intervención en red para la atención psicoterapéutica de un menor que ha sido colocado fuera de la familia, vive en un contexto residencial, no debería volver con ella y esta está muy presente: ¿Es el profesional de salud mental o es el profesional de atención a la infancia quien debe ejercer la tarea de consultor? Si tomamos como referencia el caso de José, teniendo en cuenta encuadres en el que el criterio básico es: quién hace y quién recibe la demanda, está claro, nosotros como profesionales del Sistema de Protección Infantil realizamos una demanda referida a un niño concreto y aceptamos un encuadre que tiene que ver con un trabajo en red, sin embargo, nos preguntamos si esto sucedería si la demanda fuera en la dirección contraria, o si el profesional a

quien se le realiza tiene un enfoque que no contempla el trabajo en red.

Los dispositivos de Salud Mental InfantoJuvenil generalmente se dirigen a los de protección a la Infancia pocas veces y de estas una gran parte de los casos tienen que ver más con una situación que se ha desbordado, que con una demanda de trabajo conjunto, y aún siendo una demanda de trabajo conjunto nos preguntamos: ¿No habría, infinitamente, más dudas acerca de quién debería establecer la estrategia de la intervención?

Nos reiteramos, en cualquier caso, en la idea de que es muy necesario ampliar el ángulo de visión, que lo clínico amplíe la mirada a lo social y lo social a lo clínico, de tal forma que se pueda crear una red que proteja adecuadamente a los menores objeto de intervención. Desde nuestro punto de vista los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil deberían dar un paso cualitativo de un modelo médico a un modelo en el que se contemple con más peso lo psicoterapéutico, del mismo modo los dispositivos de Protección a la Infancia deberían también dar un paso firme y sustancial hacia lo clínico y lo psicoterapéutico.

CONCLUSIÓN

La forma de abordaje de este caso, desde la metodología de trabajo en red, pone encima de la mesa que *efectivamente hay posibilidades de concretar una forma de intervenir*, de establecer formas de trabajo, como el trabajo en red, que con un bajo coste posibilitan y hacen más eficaz la intervención para garantizar la protección de los menores. Es posible *tejer una red protectora conjuntamente*, pero no hay que olvidar que la red es “un traje a medida” y que cada una niño necesitará con toda seguridad de una de diseño exclusivo para él. Para ello es necesario crear y disponer de espacios que nos permitan y favorezcan *pensar los casos en común* así como disponer de *lugares para la comunicación* y el trabajo conjunto de los profesionales que intervienen con menores, independientemente del punto de la red en que se encuentren.

BIBLIOGRAFÍA

- Ausloos, G., 1998. *Las capacidades de la familia*. Herder.
- Barudy, J., Dantagnan, M., 2005. *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad apego y resiliencia*. Gedisa.
- Barudy, J. 2008 “Ponencia. Jornadas de detección y notificación del maltrato infantil, Región de Murcia”.
- Cancrini, L., 1991. *Psicoterapia, la gramática y sintaxis*. Paidós Iberica.
- Cancrini, L., 1996. *La caja de Pandora: manual de Psiquiatría y psicopatología*.
- Cirulnik, B. *El murmullo de los fantasmas*. Gedisa.
- Cancrini, L., de Gregorio, F. y Nocerino, S. “Las familias multi-problemáticas” en Coletti y Linares, J. L., 1997. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. Paidós.
- Girón, S. “Implicaciones de la integración de la teoría del apego y de la de sistemas en el tratamiento de drogodependientes”. <http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias9/>.
- Minuchin, S. y Fishman. *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Vanistendael, S., Lecomte, J., 2000. *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados, la confianza en sí mismos: Construir la resiliencia*. Gedisa.

**NACER DE NUEVO:
LA CRIANZA DE LOS NIÑOS PREMATUROS:
ASPECTOS EVOLUTIVOS.
ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO
AL BEBÉ Y LA FAMILIA***

Fernando González Serrano**

RESUMEN

Tras una primera parte en que se abordaron las situaciones de gran prematuridad, considerando las características del bebé prematuro y las relaciones tempranas con el entorno y la familia, se hace una revisión acerca de aspectos evolutivos a lo largo de la infancia y adolescencia de estos niños y sus familias. Finalmente, se plantean algunas propuestas de atención y acompañamiento a estos bebés y sus familias, en el medio hospitalario y tras el alta, con el objetivo de prevenir dificultades futuras, tanto en la relación con el entorno cercano y el apego, como en el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño.

Palabras clave: Prematuridad. Crianza. Relaciones tempranas. Desarrollo. Apego.

* Continuación de la ponencia “Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego”, 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/Alangobarrí 7,bis. 48990 Getxo (Bizkaia). E-mail: fernando.gonzalezserrano@osakidetza.net.

ABSTRACT

After a previous article considering the characteristics of child with great prematurity and the early relationships with his environment, it is made a review of evolutive aspects along the childhood and adolescence of these children and their families. Finally, there are shown some proposal of care and support to the babies and their families, during the hospital stay and after discharge. The aim is the prevention of future difficulties related both with the nearby setting and with the attachment, such as the cognitive, social and emotional development of the child. 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.

EVOLUCIÓN DE LOS GRANDES PREMATUROS DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Los estudios de seguimiento realizados con poblaciones de niños y adolescentes que nacieron con gran o extrema prematuridad y muy bajo peso mantienen que el riesgo de dificultades evolutivas y en la crianza persiste a lo largo de la infancia.

Hay un amplio consenso en considerar como significativas las diferencias en las puntuaciones en las pruebas del desarrollo durante los 3 primeros años de vida entre grandes prematuros (sin sintomatología neurosensorial aparente) que tienden a presentar valores más bajos que la población de niños a término. Estos valores, sin embargo, entrarían en rangos considerados dentro de la normalidad (Bylund et al 1998, Portellano 2007).

En nuestro estudio hemos obtenido resultados similares en relación al desarrollo cognitivo y psicomotor con la población de 90 grandes prematuros evaluados a los 2 años de edad corregida con las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil: los índices de desarrollo son más bajos pero dentro de la franja de normalidad, y hay una asociación significativa con el nivel educativo y socioeconómico de los padres.

Los estudios que contemplan la variable nivel socioeconómico concluyen que éste influye significativamente en estos resultados: los niños prematuros que crecen en familias de nivel medio o alto es un subgrupo que no presenta diferencias con relación a la población de no prematuros de similares características. Por el contrario, la pertenencia a un nivel bajo conlleva no sólo valores significativamente inferiores en las pruebas de desarrollo, sino también mayor frecuencia de otras expresiones de la patología psicosocial como el maltrato (Miles et al 1997, Deater-Deckard et al 2000).

En relación a la evolución cognitivo-intelectual, emocional y conductual de los grandes prematuros –con los resultados de nuestro estudio, concordantes con otros de los citados– hemos hallado como indicadores de riesgo el modelo vincular inseguro de la madre, el bajo nivel educativo familiar (con más influencia el de la madre) y bajas condiciones socioeconómicas. Además estas tres variables tienen una clara asociación estadística en nuestros análisis. Debemos señalar, una vez más, que esta asociación no se puede entender en términos de causalidad lineal, sino de pluricausalidad e interacción de factores de vulnerabilidad en estas familias.

Hay controversia sobre el papel que juegan tanto el grado de prematuridad, como las complicaciones perinatales, en la evolución del desarrollo durante estos primeros años y a lo largo de la infancia.

La inmadurez y las complicaciones médicas tendrían más importancia en el desarrollo durante el primer año, adquiriendo más relevancia, a partir de entonces, factores relacionados con el entorno familiar y social (Miceli et al 2000).

Un área que suele estar afectada en los grandes prematuros es el de la alimentación, al menos durante los primeros años. Algunos autores lo relacionan con la intensidad del estrés materno al afectar globalmente las interacciones madre-bebé, siendo la alimentación una de las funciones principales en que éstas se expresan (Pierrehumbert et al 2003). Además, en los prematuros, la alimentación puede estar influida y complicada por las experiencias displacenteras vividas en las fases tempranas y por las técnicas utilizadas para alimentarles durante la hospitalización.

Las madres de grandes prematuros de nuestro estudio también refieren con más frecuencia problemas de alimentación, sobre todo rechazo del alimento, y más síntomas psicofuncionales, especialmente los agrupados en los llamados trastornos de comportamiento externalizado (cóleras, rituales, oposicionismo, agresividad) a los 2 años de vida de sus hijos (evaluados mediante el cuestionario Symptom Check List-Robert-Tissot et al 1989).

Durante la edad escolar (a partir de 6 años), los grandes prematuros que han tenido un desarrollo neurológico sin problemas relevantes son un grupo de riesgo de presentar dificultades cognitivas, escolares y de atención (Bhutta et al 2002, Hack et al 2005). Es lo que clásicamente se han denominado secuelas leves tardías o, por autores francófonos, hace bastantes años, el síndrome del antiguo prematuro (Lezine 1977). Más ampliamente son los trastornos instrumentales (grafo-perceptivos, de atención, lenguaje, memoria), dificultades del aprendizaje (lectura, escritura, matemáticas) y problemas de comportamiento (hiperactividad, pasividad, inestabilidad).

La frecuencia y magnitud de dichas dificultades está relacionada, en parte, con la severidad de la prematuridad (sobre todo edad gestacional) y el menor peso al nacimiento. Llega a superar una prevalencia del 50% en los estudios con grupos de prematuros con EG menor de 29 semanas y menos de 1.000 gr. de peso (Anderson et al 2003). Parece que la tendencia durante la década de 1990 es a mantener estas tasas pero, como han sobrevivido prematuros mucho más pequeños e inmaduros, se puede hablar de mejoría en la evolución a nivel tanto neurológico como de las diversas áreas del desarrollo. En un alto porcentaje, su progreso académico está retrasado y suelen precisar de recursos y programas educativos específicos. A pesar de ello, una proporción importante de estos niños evoluciona satisfactoriamente.

No se ha encontrado evidencia de que presenten más trastornos psiquiátricos que la población normal, aunque padres y profesores refieren más problemas de comportamiento externalizante, sobre todo de atención e hiperactividad, problemas de comportamiento internalizante de intensidad media (ansiedad, temores y fobias, síntomas depresivos, quejas somáticas)

y menos competencias en la socialización (Bhutta et al 2002, Anderson et al 2003).

Son frecuentes en los antiguos prematuros las dificultades de autonomización, con notable inhibición social y escasos intereses en actividades extraescolares. Sólo en el marco familiar parecen poder expresar movimientos de individuación con oposicionismo o agresividad. La curiosidad acerca de las condiciones de su nacimiento, a veces marcadas en sus cicatrices corporales, tampoco suele ser favorecida por los padres, como si fuera un tabú difícil de desvelar y que pudiera hacerle daño.

No es raro que las funciones parentales sigan afectadas a lo largo de los años de la infancia. Los padres pueden sentirse obligados a compensar el inicio difícil de su hijo, incapaces y culpables de ponerles límites y de limitar su tiempo con ellos. Siguen sometidos a un modo de pensar medicalizado: su inestabilidad, sus problemas de atención, sus reacciones impulsivas o agresivas son descritas como secuelas o handicaps sobre las que ellos no pueden hacer nada. Como si no pudiesen identificarse a los movimientos psíquicos variados del hijo.

Suelen tender a buscar la figura reaseguradora del pediatra, o de alguna enfermera de neonatología -que ha realizado el seguimiento del niño- pensando que nadie más puede ocuparse tan bien de su hijo en los momentos difíciles, ni ellos mismos asumir su responsabilidad solos. Esta figura idealizada, a modo de padre ideal, les permite compartir su desvalimiento y ser confirmados como buenos padres, con el riesgo de quedar ocultas, negadas o proyectadas, las innombrables fantasías agresivas hacia su hijo. Sin duda esto tiene su influencia en la resistencia a solicitar ayuda psicológica.

La naturaleza y la amplitud de estas dificultades tardías en los grandes prematuros siguen abiertas a debate en su complejidad. La tendencia a reducirlas a secuelas relacionadas con un trastorno únicamente neurológico tiene sus consecuencias sobre la visión que se tiene del niño y sus posibilidades evolutivas. Es fácil que los padres acepten y participen de este punto de vista reduccionista del desarrollo psíquico que tanto está impregnando nuestra sociedad, con una fascinación por las certezas científicas aparentes y las soluciones rápidas (Siberlin-Blanc et al 2002).

A pesar de todo, los datos neuroevolutivos de los 2 primeros años no siempre predicen las llamadas secuelas leves tardías. Prematuros sin alteraciones aparentes en ese primer periodo pueden presentar dificultades a los 6-7 años; y, al contrario, signos menores de mala calidad del desarrollo neuroevolutivo a los 2 años pueden no evolucionar hacia secuelas leves tardías. La maduración neurológica y la emocional, vinculada a los avatares de los intercambios con el entorno o, en algunos casos, a factores terapéuticos, parece ser la responsable de estos imprevistos evolutivos (Hack et al 2005).

Las diferencias en el área cognitiva y en los resultados académicos tienden a persistir en la adolescencia y juventud de las poblaciones que tuvieron gran prematuridad, así como dificultades en su autonomización y socialización. Sin embargo, según varios estudios, el nivel de adaptación y funcionamiento académico y profesional es comparable, cuando llegan a la juventud, a la población de nacidos a término (Saigal et al 2006).

A pesar de tener en la infancia factores de riesgo de evolución psicopatológica (problemas de aprendizaje y socialización, de atención e hiperactividad), estos adolescentes que fueron grandes prematuros, presentan menos problemas de conducta (externalizantes) y tasas más bajas de comportamientos antisociales y consumo de tóxicos. Se han explicado estos hallazgos como consecuencia de actitudes educativas de mayor vigilancia y protección por parte de los progenitores de niños prematuros (Hack et al 2002).

Modelos de intervención con los grandes prematuros y sus familias

De manera paralela a los avances en las terapéuticas médicas, tanto en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales NICU como en los programas de seguimiento, se han ido poniendo en marcha diversas intervenciones focalizadas sobre el desarrollo global del recién nacido prematuro. De una manera inicialmente intuitiva y, posteriormente, basándose en los resultados logrados, las intervenciones se han prodigado más sobre los prematuros más vulnerables, es decir, los de menor peso y edad gestacional, que son, además, los que están so-

metidos a largos tiempos de hospitalización y a más riesgos y tratamientos médicos.

Hay que señalar el contraste entre la uniformidad y el consenso existente a nivel de las intervenciones médicas –en muchos casos con protocolos aceptados en la mayoría de unidades de neonatología– y la diversidad o la escasa relevancia que se da a las citadas intervenciones sobre el desarrollo de los grandes prematuros. Como ejemplo más ilustrativo de ello tenemos la falta de especialistas psicólogos o psiquiatras de la infancia temprana en bastantes de estas unidades de neonatología, ya sea como personal de plantilla o como colaboradores estables desde la psiquiatría de enlace o interconsulta. Otro ejemplo son las divergencias existentes entre los propios neonatólogos a la hora de valorar la necesidad de intervenciones tempranas con estos niños, más allá de las evaluaciones psicométricas del desarrollo, que, en la actualidad, forman parte de los programas de seguimiento.

Creo que es importante tener en cuenta las dificultades y angustia que situaciones de intensa gravedad médica, como la gran y extrema prematuridad genera también en los profesionales médicos y de enfermería, y que es difícilmente reconocida, si no es vinculada con aspectos relativos a las cargas laborales y la capacitación técnica.

La diferencia de contextos asistenciales y, hay que decirlo también, la escasez de recursos coordinados y accesibles de atención y seguimiento del desarrollo (programas o servicios de atención temprana) en bastantes comunidades de nuestro país es otra de las limitaciones en la atención a estos niños y sus familias.

Estas intervenciones, en algunos casos, se han sistematizado en forma de programas específicos con sus objetivos, cronología y evaluación. Buscan fundamentalmente identificar elementos del entorno hospitalario y social temprano que tengan influencia sobre diferentes áreas del desarrollo posterior del niño.

Podemos resumirlos en los que se dirigen prioritariamente al bebé, desde el momento del nacimiento y durante la estancia hospitalaria, y los que buscan apoyar la crianza y las

competencias parentales y, a partir de esto, compensar la vulnerabilidad del gran prematuro y mejorar su desarrollo emocional, social y cognitivo. No obstante ambos objetivos están íntimamente entremezclados.

La función contenedora de la Unidad de Neonatología –a modo también de incubadora psíquica– debería dirigirse a los padres, sumidos en un caos emocional; a los profesionales, disociados entre sus competencias técnicas “automatizadas”, y la intensidad de sus experiencias psíquicas internas, y al bebé prematuro, expuesto a los cuidados médicos y a las percepciones y proyecciones de padres y cuidadores (Jacoby et al 2003, Jacques 2003).

Al mismo tiempo, la Unidad debería buscar ofrecer al bebé un entorno suficientemente fluido y continuo que le permita hacer lazos entre su mundo interno y el mundo exterior de relación que le ofrecen padres y cuidadores, creando los primeros procesos de pensamiento. La atención y repetición de los signos de reconocimiento que percibe, a ritmo regular, pueden ayudarle a organizar representaciones de su entorno y de las interacciones que darán lugar a las bases de su sentimiento de seguridad psíquica.

Uno de los programas más difundidos y estudiados es el Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program NIDCAP (programa de evaluación y cuidado individualizado del desarrollo del recién nacido), desarrollado en el Children’s Hospital de Boston (USA) en 1990, cuyo objetivo es mejorar la evolución del niño y de la familia a través de la intervención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal NICU y la estancia hospitalaria (Als et al 2003).

La observación detallada de las conductas y reacciones del niño, durante las interacciones en los cuidados, es la base para plantear una serie de recomendaciones o medidas que buscan minimizar el estrés y optimizar el desarrollo. Puede concretarse en reducir los estímulos luminosos, buscar la posición en flexión del prematuro y concentrar los cuidados en periodos limitados de tiempo, respetando, en la medida de lo posible los ciclos de sueño y alimentación. Asimismo, se ayuda a los profesionales médicos y de enfermería y a los padres a comprender los comportamientos del bebé y a estos últimos

a participar en sus cuidados. Se parte de la idea de que es posible la comunicación –también verbal– con el pequeño, y que lo que le dicen y el contacto que se establece con él pueden ayudarlo a disminuir el malestar y el dolor. Estas adaptaciones pueden lograr una mejoría en la evolución a nivel del bienestar somático, la maduración neurológica y las funciones parentales (Als et al 2003).

Los profesionales formados trabajan con la familia y el personal médico y de enfermería para, conjuntamente, diseñar un plan de cuidados y estructurar entornos de apoyo individualizado al bebé. Realizan regularmente observaciones formales de los comportamientos de cada niño, que se plasman en informes semanales de la maduración neurológica, y hacen recomendaciones para promover la estabilidad y competencias de autorregulación y comunicación del bebé.

Los comportamientos estudiados (con vídeo) incluyen datos de la regulación autonómica (respiración, frecuencia cardíaca, cambios de color de la piel y signos viscerales), funcionamiento motor (posturas, fluctuación del tono muscular y movimientos) y organización de estados globales (niveles de alerta, patrones de transición entre estados sueño-vigilia, claridad y consistencia del sueño y los estados de despertar). Algunos comportamientos se categorizan como propios del estrés (flacidez, movimientos agitados, hiperextensión, pausas respiratorias, arqueamientos, extensiones de los dedos, desviación de la mirada) o reguladores (mano en la boca, apretar la mano, agarrar, intentos de chupar, flexionarse) y son interpretados como índices de vulnerabilidad o, por el contrario, fortaleza del bebé.

Concluyen que hay clara evidencia de la efectividad del programa en términos de:

- Mejoría en la transición a alimentación autónoma, ganancia de peso, menor tiempo de hospitalización, reducción de rehospitalizaciones y mejoría evolutiva a nivel neurológico.
- Aumento de las conductas sensibles de los cuidadores en la NICU a las señales del bebé, lo que se piensa que es un factor que contribuye a la mejoría evolutiva.

- Demostración de mayor cercanía de las madres a su bebé, que puede explicar que sientan más responsabilidad al cuidarlo y mayor nivel de ansiedad. Se fortalecen los sentimientos maternos y mejora la percepción del niño por los padres, lo que finalmente es favorecedor del vínculo emocional temprano (Kleberg et al 2007).

Los procesos biológicos subyacentes a la prematuridad pueden ser influidos por las experiencias de reducción del estrés y apoyar así las fuerzas del bebé y su competencia reguladora. Una buena regulación calma, y la relajación del niño puede haber mejorado la autorregulación cerebral y modificando el eje hipotálamo-pituitario-adrenal que controla las reacciones al estrés. El bebé puede respirar más calmado, gastar menos energía y alimentarse y crecer mejor. Al mismo tiempo, el aumento de la capacidad de calma vigil influye en un mayor contacto visual con la madre. El intercambio de miradas es un vehículo indispensable para la vinculación emocional (Brazelton et al 1993, Kleberg et al 2007).

Muchos procedimientos utilizados en cuidados intensivos son generadores de estrés. En el transcurso de estos, sostener y acompañar al bebé, por ejemplo un padre o una enfermera que le acunan mientras se le prepara o se recupera de ciertas intervenciones más o menos traumáticas, puede reducir de modo considerable su gasto energético, contribuir a que se tranquilice y disminuir su estrés a lo largo de las largas estancias hospitalarias (a veces 3 o 4 meses).

Además facilita el desarrollo del cerebro inmaduro y de gran plasticidad del prematuro, asegurando un contacto íntimo y familiar y una predecible seguridad emocional, ingredientes esenciales del desarrollo físico y psíquico de un bebé frágil.

La implantación de un programa de cuidados como el NIDCAP precisa una formación exhaustiva por parte de los profesionales que van a atender al prematuro y, también, una implicación total de los padres. Parece difícil todavía su realización en las Unidades de Neonatología de nuestro país, dadas las limitaciones de recursos y personal. A pesar de ello una familiarización con dicho modelo de comprensión de los cuidados del recién nacido en el medio hospitalario puede lograr una visión más completa sobre el bebé.

Las investigaciones en las NICU han evaluado también otras prácticas como el método de contacto piel con piel (llamado también Canguro), acompañado de técnicas de sostén y masaje, siendo aceptadas mayoritariamente como positivas para favorecer el vínculo en los casos en que las condiciones somáticas del prematuro lo permiten. Como consecuencia, se ha ido ampliando el papel de los padres, con visitas no restringidas o participación en los cuidados, alimentación e higiene de sus hijos prematuros. Es de especial importancia que esta participación sea progresiva y adaptada a la disponibilidad y deseo de los padres.

Los programas o intervenciones sobre el entorno familiar buscan facilitar la transición al hogar tras el alta y la mayor capacitación de los padres, especialmente la madre, para apreciar los comportamientos específicos y las características temperamentales de su bebé prematuro, y responder a estos de manera más adaptada. En alguno de estos programas lo han conceptualizado como promover las conductas sensibles maternas, que –además de dar autoconfianza y satisfacción a los padres– van a influir positivamente en determinadas capacidades y comportamientos del bebé y mejorar el desarrollo cognitivo y psicomotor (Landry et al 2006).

Con el alta hospitalaria los padres pasan de nuevo por una situación de incertidumbre y mezcla de sentimientos, la alegría y la celebración por ir con su hijo al hogar, hacerse cargo plenamente de su bebé, “celebrar por fin el nacimiento”, junto al miedo de perder el ambiente protector “idealizado” de la Unidad de Neonatología. Los padres con buenos recursos psíquicos y apoyos del entorno viven esta transición, durante varias semanas o meses, con ansiedad y preocupación. No son raras las llamadas al hospital o las consultas de urgencia. Es raro que se reorganicen antes de los seis meses de vida del bebé. Este tiempo es necesario para metabolizar el impacto traumático: los mecanismos defensivos van relajándose; los afectos depresivos y de ansiedad son la expresión de este proceso dinámico y de integración del traumatismo pasado. Esto permite que estén progresivamente más disponibles para su hijo.

Otros padres, por el contrario, viven este momento de una manera tan desestabilizadora como el nacimiento mismo.

No encuentran en el exterior un sustituto que cumpla las labores de sostén y acompañamiento que recibían en el hospital. No son capaces de reorganizarse incluso después de un año: permanecen en verdaderos estados postraumáticos y el trabajo de prevención con estas familias es prioritario, antes de que se organice una psicopatología o problemas en el desarrollo del niño (Pavoine et al 2004).

Estas intervenciones son llevadas a cabo por enfermeras neonatales antes del alta hospitalaria y posteriormente en el hogar hasta final del primer año del niño. Incluye el visionado de casos videofilmados así como la discusión con las madres de sus propias conductas grabadas en las visitas en el hogar. La mejora en las conductas sensibles se evidencia en el grupo de madres incluidas en este programa que perciben tanto las señales positivas como negativas de sus hijos como comunicación de las necesidades e intereses específicos de éstos, responden de manera más rápida y adecuada y utilizan un lenguaje más rico, a diferencia de las madres no incluidas en el programa cuyas respuestas eran más intrusitas, restrictivas, con tonos de voz más duros y lenguaje más limitado. Estos cambios se dieron también en madres de bajo nivel educativo y sociolaboral. Muchas de estas madres decían, al principio, no comprender la importancia de hablar a los bebés y no sabían que decirles si estos no les respondían. En un estudio previo con una población de alto riesgo social, se mostraba como la calidad de la interacción madre-hijo, observada a los 13 y 20 meses, era una medida significativa para predecir los posteriores resultados cognitivos y lingüísticos en la etapa preescolar, y ello era independiente de la contribución del cociente intelectual de la madre (Kelly et al 1996).

A lo largo de este periodo temprano de emergencia del lenguaje, los niños del grupo diana, con diferentes grados de riesgo, mostraron un mayor enriquecimiento en el uso de vocalizaciones y palabras que los niños no incluidos en el programa. Mejoraron también en aspectos como la cooperación, las modificaciones en su regulación de los estados afectivos y en la capacidad social temprana, de manera paralela al incremento de las conductas sensibles maternas. Será importante valo-

rar a estos niños en edades más tardías para ver si las influencias positivas persisten.

El mecanismo por el que el entorno sensible apoya el desarrollo cognitivo y emocional pasa por múltiples procesos. Los niños cuyas madres eran consistentemente más sensibles, estaban implicados en interacciones más cercanas, que perciben sus necesidades y dan niveles apropiados de estimulación. Por el contrario, los que eran criados con mínima sensibilidad experimentaban descuido, por parte de sus madres, hacia sus señales y necesidades, escasa atención, altos niveles de actitudes negativas y bajos niveles de estimulación.

Estos procesos se pueden comprender desde varios marcos teóricos. Desde la teoría del apego, una respuesta pronta y sensible del cuidador ayuda al niño a implicarse, con sentimientos internos de seguridad, en interacciones cooperativas. Desde un punto de vista socio-cultural del desarrollo, el estilo de crianza va parejo a niveles de estimulación que encajan con las necesidades de aprendizaje del niño. Con una crianza sensible, el aprendizaje tiene mejor nivel que si el niño lo intenta independientemente, y se sostiene, por estos autores, que dicha forma de apoyo en la crianza puede ser particularmente importante para el aprendizaje en los grandes prematuros.

Estos resultados tienen implicaciones para los programas de intervención ya que, si se les facilita este modo de crianza con alto nivel de sensibilidad durante la infancia temprana, se puede establecer una trayectoria positiva en el desarrollo que persiste en periodos posteriores (Backermans-Kranenburg et al 2003). Estos modos interactivos facilitados pueden tener aún más efecto en las madres que crían niños que nacieron con gran o extrema prematuridad (Landry et al 2006).

El nivel socioeconómico también se asoció a la evolución, pero la influencia de la sensibilidad parental se apreció incluso valorando esta variable.

Hay cierta controversia acerca de la efectividad de estas intervenciones intensivas y tempranas con los padres, más allá de los beneficios reduciendo el estrés que suele ser alto en el periodo posterior al nacimiento. Se cuestiona si realmente hay una mejoría en el desarrollo cognitivo, motor y de conducta del

niño. Algún autor propone realizar con la familia intervenciones menos intensivas y a partir del año de vida (Kaaresen et al 2008).

POSIBILIDADES EN NUESTRO CONTEXTO ASISTENCIAL

Nuestro contacto con los prematuros y la neonatología ha surgido tímidamente y limitado, de momento, a participar en la valoración del desarrollo. Ello, animado por el interés de algunos neonatólogos, ha hecho posible un estudio que ha considerado esencial incluir a las familias. Los descubrimientos de este estudio han venido a ratificar; con el apoyo de datos estadísticos, lo que desde las observaciones y teorizaciones del desarrollo se veía: la influencia crucial del entorno en la evolución del niño, aún más cuanto mayor es su vulnerabilidad.

Esta investigación ha permitido, asimismo, que profesionales externos al hospital hayamos tenido una serie de reuniones con los neonatólogos y una, más amplia, incluyendo una parte importante del personal de enfermería de la Unidad. En ellas han surgido varios temas que podrían considerarse pequeños logros en ese controvertido encuentro entre profesionales del cuerpo y de la mente:

La transmisión de la idea de una vida psíquica temprana y de la posibilidad de una interacción con bebés tan pequeños, aunque cueste semanas. No hace tanto tiempo, se mantenía que un bebé, y más si era muy inmaduro, no sentía nada. Reconocer que siente, precozmente, dolor y angustia da un nuevo sentido a las señales que envía de su desvalimiento, y que si no hay una respuesta rápida del entorno, se corre el riesgo de que el bebé cese en sus intentos y se encierre en su aislamiento (Golse et al 2001). Muchos profesionales que cuidan a estos prematuros mantienen –seguramente por las intensas vivencias de su trabajo cotidiano– la intuición de que fomentar el vínculo de éstos con sus padres lo más pronto posible es una prioridad. Esto no deja de ser difícil en un medio extremadamente delicado de cuidados y tecnología. A diferencia, en otros servicios médicos es infrecuente la presencia de los padres. Aunque va siendo mayor la tendencia hacia la aceptación pro-

gresiva de medidas que favorezcan el apego con el bebé, sigue habiendo notables diferencias entre hospitales de nuestro país.

Uno de los objetivos que nos parecen viables a partir de nuestro estudio es el despistaje de bebés en riesgo en función, no sólo de variables socioeconómicas que clásicamente se consideraban, sino de variables de la relación madre-bebé según el modelo de apego y la intensidad del estrés padecido por aquella. Se podría, por medio de entrevistas relativamente simplificadas –realizadas incluso estando el bebé aún hospitalizado, y cuando el estado emocional de los padres lo permitiera– evaluar la seguridad en el apego de la madre (Stern et al 1989, Pierrehumbert et al 1999, Lasa et al 2008) y, junto a la valoración de la evolución del niño y la calidad de los apoyos hacia la familia, proponer marcos de seguimiento de corte terapéutico. Estos podrían complementar la atención que se da dentro del programa de seguimiento de grandes prematuros (o de muy bajo peso) y el marco más adecuado serían equipos de atención temprana, donde se evalué el desarrollo del niño y se intervenga, si es necesario, con él (abordaje psicomotriz, consultas madre-bebé centradas sobre la interacción), pero que contemple también el acompañamiento psicoterapéutico a los padres.

Sabemos que las tareas de un psicólogo o psiquiatra infantil en una Unidad de Neonatología pueden ser más amplias y, a menudo, no exentas de ambivalencia para personal hospitalario y para los padres. En los casos en que esta figura está presente, sea a tiempo parcial o en el programa de interconsulta hospitalaria, su rol no está del todo claro: personaje externo al equipo, raramente considerado médico (aunque lo sea), desconocedor de lo somático, tan fundamental en estas unidades. En cambio parece tener acceso a lo oculto, a los movimientos inconscientes, y eso acarrea otros temores. A la vez se le busca para que “ayude a familias desfondadas” y “contenga a otros padres que invaden” el trabajo de los cuidadores (Druon, 1996).

Se espera de ellos una labor preventiva en un momento de crisis: es una intervención en poco tiempo, en parte similar a

los cuidados de reanimación con los prematuros. Es un momento emocionalmente muy rico para los padres. Se trata de que no se enquiste ese período traumático por la puesta en marcha de mecanismos defensivos rígidos. Se cuenta con la capacidad de escucha y de ligar las experiencias y los pensamientos, el cuerpo y el psiquismo. En esta tarea hay que aceptar reacciones y situaciones familiares muy distintas, y poder transmitir algo de esta comprensión al personal médico y de enfermería. También entra la protección al equipo cuidador del riesgo de una invasión “real” por parte de ciertas familias que se interesan por los otros niños ingresados o por el trabajo de los profesionales en vez de ocuparse de su bebé.

No se debería olvidar la posibilidad de proponer ayuda psicoterapéutica precoz a algunos de estos niños cuyas dificultades se van a evidenciar ante las exigencias de los primeros aprendizajes escolares, bien a través de la pasividad y la poca concentración, o por comportamientos inestables a nivel familiar o social, y que tienen su origen en una angustia que, aunque permanezca oculta, tiene su efecto sobre la personalidad.

Las investigaciones sugieren, en general, que la crianza de niños prematuros puede ser más trabajosa y menos gratificante. A lo largo de la infancia las madres perciben a sus hijos como más vulnerables que sus hermanos o los niños de su misma edad, se preocupan más por su salud, la evolución de su desarrollo y sus dificultades de autoestima y personalidad. Continúan teniendo vivencias emocionales intensas, lo que podría influir en un estilo de “crianza compensatoria”, denominación que incluye estimulación, atención y protección aumentadas, y dificultad en marcar límites (Singer et al 2005). A pesar de ello, incluso las madres de prematuros de alto riesgo, ponen en marcha estrategias de afrontamiento para manejar los estresores significativos que les permiten un ajuste a las características particulares de los hijos y, con frecuencia, una mayor maduración personal.

Los profesionales, tanto de la neonatología –en los momentos iniciales– como los que atendemos sus dificultades y las de sus familias a lo largo de la crianza, tenemos como reto buscar otra mirada hacia el gran prematuro que la puramente

médica centrada sobre los aspectos físicos. Ayudar a los padres a escapar del ruido de las máquinas, de los comentarios técnicos, para observar el cuerpo de su bebé y sus manifestaciones. Darle una existencia psíquica en un lugar donde es tan difícil que la haya como en un hospital. Posteriormente, ayudarles a ir descubriendo al bebé sano y vital (ideal) que deseaban tener, en una suerte de nuevo nacimiento feliz, que enriquezca su mundo representacional sobre el hijo. Ello va a ir permitiendo a éste explorar sin temor sus orígenes difíciles, descubrir también su fortaleza para vivir, en suma construir su propia identidad integrando su historia biológica y relacional.

Para terminar, quiero desde aquí repetir mi homenaje a los profesionales de las Unidades de Neonatología, comprometidos en una tarea tan apasionante como frustrante, en la que el combate contra el tiempo y la eficacia de sus intervenciones es lo prioritario, en la que deben asumir responsabilidades importantes en un medio en el que la presencia de la muerte es real y frecuente. También quiero agradecer a los padres –especialmente a las madres– y niños que han aceptado participar en nuestra investigación la posibilidad que nos han dado de enriquecernos a partir de su difícil experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Als H, Gilkerson L, Duffy FH, Mcanulty G, Buehler DM, Vanderberg KA, Sweet N et al (2003). A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: Medical, neurodevelopmental, parenting and caregiving effects. *J Dev Behav Pediatr*; 24(6): 399-408.
- Anderson P, Doyle LW, and the Victorian Infant Collaborative Study Group (2003). Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. *JAMA*; 289(24): 3264-3272.
- Backermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Juffer F (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull*; 129: 195-215.

- Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta analysis. *JAMA*; 288:728-737.
- Brazelton, TB. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Bylund B, Cervin T, Finnistrom O, Goddlin PO, Kernell A, Leijons I, Saudstealt P, Warngard O. (1998). Morbidity and neurological function of very low birth weight infants from the newborn period to 4 years of age. A prospective study from the south-east region of Sweden. *Acta Paediatr*; 87(7): 758-763.
- Deater-Deckard K, Bulkey J (2000). Parent concerns in long-term follow-up. *Semin Neonat*; 5:171-178.
- Druon, C. (1996). *À l'écoute du bébé prématuré*. Paris: Aubier.
- Golse, B., Gosme-Seguret, S. y Mektari, M. (2001). *Bébés en réanimation. Naître et renaître*. Paris: Odile Jacob.
- Hack M, Flannery DJ, Schluchter M, Cartar L, Borawski E, Klein N (2002). Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med*; 346: 149-157.
- Hack M, Taylor HG, Drotar D, Schluchter M, Cartar L, Andreias L, Wilson-Costello D, Klein N (2005). Chronic conditions, functional limitations and special health care needs of school-aged children born with extremely low-birth-weight in the 1990s. *JAMA*; 294 (3): 318-325.
- Jacoby R, Schmitz R, Schon MJ, Vervier JF, Viriot E (2003). Représentations croisées de l'enfant prématuré. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*; 51:28-36.
- 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.
- Kaarsen PI, Ronning JA, Tunby J, Nordhov SM, Ulvund SE, Dahl LB (2008). A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: outcome at 2 years. *Early Hum Dev*; 84(3): 201-209.
- Kelly JF, Morisset CE, Barnard KE, Hammond MA, Booth CL (1996). The influence of early mother-child interaction on

- preschool cognitive/linguistic outcomes in a high-social risk group. *Infant Ment Health J*; 17(4): 310-321.
- Kleberg A, Hellström-Westas L, Widström AM (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 KE, Swank PR (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 JI (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 nº 200411058, subvencionado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco-Eusko Jaularitza.
- Lezine, I. (1977). *Le devenir de l'ancien prématuré*. En: Kestemberg, E., dir. *Le devenir de la prématurité*. Paris: PUF.
- Miceli PJ, Goeke-Morey MC, Whitman TL, Kolberg KS, Miller-Loncar C, White RD (2000). Brief report: Birth status, medical complications and social environment: Individual differences in development of preterm, very low birth weight infants. *J Pediatr Psychol*; 25(5): 353-358.
- Miles MS, Holditch-Davis D (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Semin Perinatol*; 21(3): 254-266.
- Pavoine S, Azémar F, Rajon AM, Raynaud JP (2004). Parents d'enfant prématuré: quel devenir sur la première année de vie? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*; 52: 398-404.
- 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.

- Portellano, JA. (2007). *Neuropsicología infantil*. Madrid: Síntesis.
- Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachmann, JP., Besson, G., Cram, B., Knauer, D., de Mural, M., Palacio, F. y Stern, DN. (1989). *Le Questionnaire Symptom Check-list, évaluation des troubles psychofonctionnels de la petite enfance*. En: Levovici, S., Mazet, P. y Visier, J. *L'Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Genève: ESHEL.
- Saigal S, Stoskopf B, Streiner D, Boyle M, Pinelli J, Paneth N, Goddeeris J (2006). Transition of extremely low-birth-weight infants from adolescence to young adulthood: comparison with normal birth-weight controls. *JAMA*; 295(6): 667-675.
- Sibertin-Blanc D, Tchenio D, Vert P. (2002). Naître très-grand-prématuré, et après? *Psychiatr Infant*; 45(2): 437-462.
- Singer LT, Fulton SM, Kirchner HL, Eisengart S, Lewis B, Short E, Min MO, 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, DN., Robert-Tissot, C., Besson, G., Rusconi-Serpa, S., de Mural, M., Cramer B. y Palacio-Espasa, F. (1989). *L'Entretien R. Une méthode d'évaluation des représentations maternelles*. En: Levovici S, Mazet P, Visier J. *L'Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Genève: ESHEL.

INVESTIGACIONES SOBRE EL DESARROLLO CEREBRAL Y EMOCIONAL: SUS INDICATIVOS EN RELACIÓN A LA CRIANZA

Eulalia Torras de Bea*

RESUMEN

Las importantes investigaciones por neuroimagen de los últimos veinte años no dejan duda acerca del rol fundamental de las interacciones tempranas bebé-madre/padres para el desarrollo cerebral y emocional, por tanto para la salud mental. Las capacidades psíquicas, intelectuales y sociales dependen de este desarrollo. A pesar de que hoy en día esto es bien conocido, a menudo, en grave contradicción con estos conocimientos, ponemos a nuestros bebés demasiadas horas y demasiado pronto en institución y les ofrecemos un exceso de interacciones difíciles de integrar y por tanto no estructurantes. La autora se pregunta hasta qué punto lo que llamamos “nuevas patologías” son el resultado directo del actual sistema de crianza.

Palabras clave: neurociencias, neuroimagen, cerebro, crianza, desarrollo emocional, desarrollo intelectual.

ABSTRACT

Important research with neuroimaging during the last twenty years leaves no doubt as to the fundamental role of early baby-mother/parents interactions in cerebral and emotional development, therefore in mental health. Psychological, intellectual and social capabilities depend on this development. Even

* Psiquiatra. Psicoanalista. Fundación Eulalia Torras. E-mail: 3427eta@comb.cat

though this is well known today, we often contradict ourselves and give our babies too many hours of institutional care at a too early age. This high level of institutionalization is worrying as it offers an excess of interactions which are difficult to integrate and, therefore, are non-structuring. In this paper the author questions up to what point what we call “new psychopathologies” are the direct result of our current way of child rearing.

Keywords: neuroscience, neuroimaging, brain, child rearing, emotional development, intellectual development.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, no es novedad hablar de la importancia de las primeras relaciones del bebé con su entorno y su influencia sobre la evolución emocional, intelectual y social. Hace más de 50 años que se sabe que según las vicisitudes que el bebé atraviesa en su crianza, su evolución será muy diferente: estará en mejores o peores condiciones para desarrollar salud mental (Bowlby, 1951; Spitz, 1968; Bethelheim, 1974; Brazelton y Cramer, 1993). Pero a pesar de nuestra larga experiencia en este campo, no siempre hacemos caso de lo que sabemos, aun poniendo en riesgo la salud mental de nuestros congéneres más pequeños.

Para explicar esto me referiré a las interacciones tempranas y su papel en el desarrollo del sistema nervioso central y de las funciones psíquicas, según las investigaciones por neuroimagen y sobre el vínculo y el apego. Me referiré también al papel de los sistemas de crianza en relación a la calidad de las interacciones tempranas actuales y a las responsabilidades sociales y políticas en relación a ellos.

INVESTIGACIONES SOBRE EL VÍNCULO Y LA TEORÍA DEL APEGO: SU RELACIÓN CON LAS INTERACCIONES TEMPRANAS

En 1951 la Organización Mundial de la Salud encargó a Bowlby un estudio sobre “los niños sin hogar en su país natal”. Como sabemos, de este estudio surgió el libro “Cuidados maternos y salud mental” (Bowlby, 1951), que tiene como prin-

cipio de base la teoría etiológica de la salud mental y de sus perturbaciones. Según ésta, el bebé y el niño pequeño “deberán haber sido criados en una atmósfera cálida y haber estado unidos a su madre (o persona que hace función de madre) por un vínculo afectivo íntimo y constante, fuente de satisfacción y de alegría para ambos. Gracias a este vínculo afectivo, los sentimientos de ansiedad y de culpabilidad, cuyo desarrollo exagerado caracteriza la psicopatología, serán canalizados y ordenados”.

Considera que la carencia afectiva puede tener distintos grados y la repercusión de la privación de cuidados maternos varía en función de factores hereditarios, edad del niño, duración y grado de la carencia sufrida. Hoy en día, gracias a Cyrulnik, añadiríamos que la repercusión depende también de la resiliencia del niño. Según ésta, el niño supera en formas muy diversas las experiencias negativas, aunque hay que tener en cuenta que, según este autor, la resiliencia depende a su vez de haber tenido un vínculo afectivo suficientemente bien establecido en la primera etapa de la vida como para proporcionar una seguridad interna sostenedora. Nuevamente, después de una situación traumática, el niño evoluciona bien si tiene un “tutor de resiliencia”, alguien con quien pueda establecer vínculos seguros, apego seguro.

Mario Marrone (2001) y Peter Fonagy (2004) son dos de los investigadores que han confirmado y desarrollado los primeros estudios de Bowlby y han ofrecido su propia conceptualización sobre el apego. Así, Fonagy subraya el punto de vista de Bowlby de que las relaciones primarias perturbadas madre-hijo deben ser consideradas como un precursor clave de la enfermedad mental. Además, destaca como contribución crucial de Bowlby su inalterable opinión de la necesidad del niño de un temprano apego seguro a la madre. Bowlby pensaba que el niño que no desarrolla este apego podía presentar signos de privación parcial: una necesidad excesiva de ser amado o por el contrario, una reacción de resentimiento, venganza, intensa culpabilidad y depresión; o también signos de privación completa: apatía, indiferencia, retardo en el desarrollo y, más tarde signos de superficialidad, falta de sentimientos profundos, tendencia a la falsedad y al robo compulsivo.

Fonagy dice que la teoría del apego significaba, desde el principio, más que el simple vínculo al cuidador. La figura de apego provee, en los primeros años, la seguridad básica esencial para poder explorar (Ainsworth y col., 1978) y es en esta capacidad que se basa la capacidad de aprender. Cuando se aleja la persona central en el apego del bebé, éste inhibe su tendencia a explorar y queda a la espera. Si la madre no tarda en volver, el niño reanuda su interés en la exploración de su entorno. Esta capacidad de explorar, que para desarrollarse necesita de un apego seguro y de la disponibilidad del cuidador, es básica para el desarrollo de la capacidad de aprender y de la autonomía. Por esta razón, el apego seguro tiene una función evolutiva clara. El apego no es un fin en sí mismo, sino que se trata de un sistema adaptado en vistas a la evolución para llevar a cabo tareas psicológicas, fisiológicas y ontogénicas esenciales.

Esto nos lleva a plantearnos la importante función del apego y de las interacciones tempranas en el desarrollo de las funciones psíquicas.

DESARROLLO DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS: DESTINO DE LAS INTERACCIONES TEMPRANAS ESTRUCTURANTES

De la interacción entre el bebé y su madre o cuidador principal¹ dependen funciones tan fundamentales como el interés, la motivación, la atención focal, la tendencia a explorar, etc., todas básicas para el aprendizaje y la autonomía. Estas funciones del bebé emergen de las funciones que la madre pone en marcha en la interacción con él.

¿Qué aportan sus sonrisas, sus juegos, sus abrazos, su contacto físico, sus sonidos, las palabras de la madre en su “conversación” con el bebé y tantos otros imponderable? Como sabemos, ese intercambio sobre todo emocional, intuitivo, sensible, atinado, aporta, no solamente algo poético,

* Llamaré “madre” al cuidador principal y “bebé”, al bebé sea niño o niña, para no repetir cada vez “madre o padres” o “el bebé o la bebé”.

emocionante, bello, sino básicamente los fermentos de toda la evolución. Así, del interés y de la atención focal de la madre centradas en su hijo, emerge el interés y la capacidad de atención focal del bebé y su capacidad de concentrarse, que al principio y desde muy temprano el bebé le dirige casi exclusivamente a ella. De la comunicación de la madre con su bebé y de su verbalización, surge la capacidad de comunicarse del niño y luego su lenguaje verbal. A su vez, la capacidad de diferenciar y de orientarse entre los estados de ánimo y las necesidades del bebé y de responder coherentemente a ellos, es el fundamento de toda capacidad de diferenciación, síntesis y abstracción del pequeño, por tanto de todo aprendizaje conceptual y de la posibilidad de llegar a desarrollar criterios, nada menos que algo tan importante en la vida adulta y autónoma. El amor y el apego sano que se desarrollan entre la madre y su hijo, son la base de la capacidad de amar y del desarrollo social del pequeño. Es en los cuidados maternos y en los juegos donde el bebé construye su Esquema Corporal y todas las funciones que dependen de éste: orientación en el espacio y en el tiempo, equilibrio y motricidad, que son también básicas en el aprendizaje (Torras, 2002). O sea, estamos hablando del fundamento de todo el desarrollo humano. Por tanto, no se trata solamente de “juego”, en el sentido de algo entretenido, simpático, divertido pero en el fondo intrascendente, sino que es el trabajo del bebé con su madre en los fundamentos de su vida adulta.

Todo esto, que los investigadores estudiaban prodigando las observaciones experimentales, los profesionales podíamos comprenderlo en la medida en que sus resultados eran coherentes e iluminaban nuestra observación clínica. Pero hoy en día estos conocimientos están documentados desde las investigaciones por neuroimagen.

DESARROLLO DEL SNC: INVESTIGACIONES EN NEUROCIENCIAS SOBRE EL PAPEL DE LAS INTERACCIONES TEMPRANAS ESTRUCTURANTES

Como sabemos, el cerebro en el recién nacido está por hacer. Su sistema nervioso goza de plasticidad, la plasticidad

neuronal, que permite que el cerebro se construya según las interacciones y las experiencias que el bebé vive. Estas interacciones y experiencias son los estímulos que van creando la estructura anatómica y funcional del cerebro, procesos que han sido estudiados en base a las nuevas tecnologías sobre la neuroimagen. Es indiscutible que es sobre esta estructura anatómica y funcional que se desarrollan la mente y sus funciones, las funciones psíquicas.

Los estudios por neuroimagen demuestran que el desarrollo de las neuronas, de sus dendritas o arborizaciones, de sus sinapsis, de los neurotransmisores necesarios para las conexiones y de la mielinización, dependen, desde el principio de la vida, de la calidad y cantidad de estímulos que el niño reciba en su interacción con su entorno. Eso determinará la calidad de las funciones del sistema nervioso y el desarrollo psíquico de ese niño también cuando sea adulto.

Para que las interacciones del bebé con su entorno puedan facilitar el correcto desarrollo del sistema nervioso deben ser significativas para el niño, para que sean integrables. Eso quiere decir que las manifestaciones y la conducta del bebé deben ser significativas para la madre, que ella debe ser capaz de interpretar bien las señales que da el bebé. Cuando, por el contrario, se crea un círculo de incomprensión mutua debido a que la persona que cuida conoce poco a su bebé, como sucede por ejemplo con los niños institucionalizados, se produce un menor desarrollo de arborizaciones dendríticas y de sinapsis, y una mayor "poda" de neuronas de lo deseable, que afecta especialmente las que corresponden a las funciones menos o peor estimuladas. Si la pérdida neuronal y de conexiones se prolonga, llega a ser irreversible. Esta pérdida de conexiones significa un empobrecimiento de las capacidades psíquicas del niño, del adolescente y del adulto en las distintas áreas: intelectual, emocional, social, capacidad de aprendizaje...

Estas investigaciones son definitivamente importantes en la medida en que documentan las bases cerebrales del desarrollo mental y nos enseñan que el desarrollo del cerebro depende de la calidad de la crianza. Por tanto nos muestran el atentado contra una buena evolución y por tanto contra la salud mental

que son aquellos sistemas de crianza que impiden el establecimiento de un vínculo y de un apego seguros y una interacción y estimulación de calidad.

Y qué es lo que nuestro sistema occidental de crianza ofrece hoy en día para el desarrollo mental saludable del bebé y por ende de las siguientes edades?

SISTEMAS ACTUALES DE CRIANZA: DESTINO DE LAS INTERACCIONES NO ESTRUCTURANTES

La crianza no es una cuestión que deciden los padres solos. Por un lado, ellos están influidos por su propia historia, por su personalidad, capacidades, necesidades, etc. Pero además, ellos están inmersos en un contexto cultural, social y laboral que influye sus decisiones y sus posibilidades, mucho más allá de lo que ellos mismos creen.

En la actualidad los sistemas de crianza, y por tanto las interacciones tempranas que ofrecemos a nuestros bebés, no tienen mayormente en cuenta los conocimientos emanados de las investigaciones citadas y por tanto se produce una contradicción flagrante: los bebés son cuidados en la ausencia de figuras suficientemente constantes como para conocerlos a fondo y que en consecuencia puedan ofrecer mayormente respuestas adecuadas, realistas y coherentes y por tanto significativas y estructurantes (Torras, 2002). En estas condiciones la organización de su personalidad está comprometida. En este tipo de cuidado, los bebés, desde edades cada vez más tempranas, suelen pasar la mayor parte de las horas de vigilia en la guardería. Esto influye en el tipo de vinculación que se produce, como siempre que participan demasiados cuidadores demasiado pronto, con la consecuente dificultad para el bebé de orientarse y vincularse, y el riesgo de dispersión. Todo esto produce un cierto grado de "institucionalización". Para el niño pequeño, que aún no ha incorporado la experiencia de objeto permanente, la separación de la persona central en su mundo, significa la desaparición de la seguridad y la exposición a todos los peligros. En términos psicoanalíticos, significa la pérdida del objeto protector, que es lo mismo que decir la amenaza

del objeto peligroso. Los puntos de referencia se pierden, el niño se desorganiza.

Como consecuencia del escaso contacto, las madres conocen poco a sus hijos; los grandes acontecimientos como iniciar la marcha, los primeros bisílabos y palabras, sacar pañales y enseñar el control de esfínteres, suceden en la guardería, por lo que ellas, y por supuesto los padres, no suelen conocer los datos de evolución psicomotora; cuando se les pregunta, a menudo deben consultar en la guardería. La relación con los padres se diluye, el sistema de apego se desactiva (Rygaard, 2008). Las madres, como consecuencia, se sienten inseguras en relación a lo que deben hacer con sus hijos; esto también, a menudo, deben consultarlo en la guardería. La madre pierde sensibilidad y empatía hacia las necesidades del niño, y confianza en su habilidad para interpretar las señales del bebé y en su capacidad de tomar decisiones en relación a su cuidado. A menudo vive creciente ambivalencia y sentimientos de desapego. Ante esto, el bebé organiza sus propias defensas y por tanto su evolución se resiente: un ejemplo sería: la madre se va? el niño sigue jugando; la madre vuelve? el niño continúa jugando, aparentemente no se entera. Los padres dicen que es tan sociable que acepta ser tomado en brazos por cualquier persona... y además sin mirarla a la cara. El niño tiene una vinculación dispersa, indiferenciada, apagada, "confiada". Todo lo contrario de la ansiedad de los ocho meses, que nos indica su progreso en la capacidad de diferenciar, función esencialmente estructurante.

Rygaard (2008) dice que en experimentación con chimpancés se ha demostrado que la separación aún corta (14 días) produce en el pequeño alteraciones del EEG que se mantienen aún cuando se recupera el contacto. También se produce disminución de la función inmunitaria. Los chimpancés que durante su primer año habían estado separados de sus madres se convirtieron en adultos con comportamiento inseguro, temerosos y que reclamaban mucha atención; en términos humanos, temor neurótico a la separación. Se les podía observar constantemente abrazados el uno al otro sin participar en las actividades normales del grupo, como jugar y despiojarse. Los que habían estado separados continuamente durante el primer

año habían desarrollado un comportamiento agresivo de lucha y fuga, no podían reconocer a otros monos ni someterse a las reglas de la sociedad chimpancé y por eso los otros los evitaban. Eran asociales. En otro estudio se observaba un retraso en el desarrollo de las dendritas del sistema límbico.

Volviendo a las madres, en estos sistemas de crianza ellas a menudo viven sentimientos de culpa que estimulan la generación de un sistema defensivo de justificaciones y tranquilizaciones, que trasluce las dudas de fondo e incluso el conocimiento intuitivo, instintivo, de que aquello no es lo que necesita su hijo. Dentro de este sistema, tiene mucha importancia la excusa social: “todos los bebés van a la guardería, por tanto está bien, es lo que hay que hacer”, “más se socializan”, “necesitan estar con otros niños”, “cuanto antes van a la escuela mejor serán sus resultados escolares en el futuro...”. Engaño que se ha esgrimido desde diferentes ámbitos, escondiendo el riesgo de una crianza de poca calidad y negando lo que hoy en día se sabe bien. Estos sistemas defensivos con frecuencia crean un circuito recíproco de incomprensión y de necesidades insatisfechas entre la madre y el hijo. Por supuesto el padre se halla también en este circuito.

CAMBIOS SOCIALES QUE HAN PRODUCIDO UN CAMBIO EN LA CRIANZA Y POR TANTO EN LAS INTERACCIONES

En los últimos decenios nuestra organización social ha ido cambiando mucho y lógicamente notamos las repercusiones desde nuestro trabajo como profesionales. La base del cambio sería la evolución de la familia desde familia patriarcal, tradicional o clásica, a familia post patriarcal o democrática, con sus corolarios o causas –ya que en realidad se trata de ambas cosas en situación circular–. Los cambios sociales que atañen a nuestra área de interés son:

- la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral,
- el aumento notable de las separaciones y divorcios,
- el aumento de familias reconstituidas y de
- nuevos tipos de familia –monoparentales, homoparentales...–.

Todos estos factores combinados desembocan en:

- el importante cambio en las formas de crianza.

Evolución de la familia, incorporación general de la mujer al trabajo, aumento de las separaciones y divorcios, familias reconstituidas y nuevas familias, son fenómenos que dependen unos de otros. Su centro álgido son las distintas formas de cómo se organizan los padres para conciliar el cuidado de los hijos y el trabajo.

La incorporación de la mujer a la formación y al trabajo, lo cual significa a la mayoría de edad y a la autonomía, no cabe duda que es un derecho legítimo. Pero la atención a las necesidades de la mujer no deben lesionar la atención a las necesidades del hijo. Solamente así se está en una verdadera “conciliación” entre trabajo y crianza.

Muy a menudo nos encontramos con padres y madres muy absorbidos por la profesión, que trabajan muchas horas y que en consecuencia no tienen tiempo para estar con sus hijos. Cuando llegan a casa suelen estar tan cansados que todo los irrita y no tienen humor para jugar con ellos. No suele haber conversación en estas familias. En general estos padres no llegan a conocer bien a sus hijos. Suelen delegar su cuidado a menudo de manera muy poco adecuada a las necesidades de éstos. Incide también, la poca presencia de la familia extensa, especialmente los abuelos (en los que a veces, por el contrario, recaen completamente las funciones parentales) y a todo esto se suma el protagonismo preocupante de las instituciones cuidadoras. Se trata de cambios notables que alteran las interacciones básicas.

En cuanto a los divorcios, a menudo tienen que ver con la evolución de la familia de patriarcal a post-patriarcal o democrática, cuando los miembros de la pareja no han podido asumir los reajustes necesarios. Como encontramos en la clínica, en ocasiones se trata de parejas que se formaron en régimen patriarcal pero que han evolucionado divergiendo y no han podido asumir la transición hacia un régimen democrático. Hace falta mucha tolerancia por parte de ambos miembros de la pareja para que los nuevos roles post-patriarcales puedan inte-

grarse o soportarse. No me entretendré en explicar lo que para la mujer y para el hombre significan estos cambios, pero el caso es que, cuando esto no se soporta, suele llegarse a la separación. Hoy en día una buena proporción de las separaciones son iniciativa de la mujer.

Otras veces las separaciones son debidas a que la pareja está formada por personas, una o ambas, a las que, en su infancia, no se les ha ofrecido vínculos estables y que, por tanto, ellos tampoco pueden establecerlos en la edad adulta. El problema es que el trastorno del vínculo se transmite transgeneracionalmente y repercute a través de la crianza en la evolución de los hijos.

A este conjunto se añade el consecuente aumento de las familias reconstituidas. Si bien esta reconstitución aporta una esperanza, un problema radica en que, como sociedad, no hemos desarrollado aún suficientemente la cultura necesaria para integrar esta nueva realidad y para ayudar a integrarla. Esto complica, aún hoy, la posición de los hijos en sus grupos sociales. Todo esto repercute negativamente en la crianza de los hijos, que se encuentran ante una situación social para la que sus propios padres –y profesionales– no tienen aún posiciones y conceptos claros válidos para integrar las nuevas situaciones.

A todo esto hay que añadir las llamadas “nuevas familias”: familias monoparentales –por separación, divorcio o elección– familias homoparentales, etc., ante las cuales aún estamos más carentes de la experiencia y la cultura necesarias para integrarlas socialmente e incluso para intervenir profesionalmente.

Por otro lado, no es infrecuente que la evolución de la familia –aún más si se suman separaciones o divorcios– desemboque en una familia desestructurada, hoy en día tan numerosas en nuestra práctica profesional. Sabemos de sobras la dificultad que representan para los hijos estos medios familiares. En ellas son habituales las dificultades para establecer vínculos estables lo que perpetúa la tendencia a la desestructuración que, como decía, se transmite transgeneracionalmente, incrementándose el malestar y la psicopatología en los hijos.

LA CRIANZA, UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL

En su trabajo "Familia y Educación" el sociólogo Luís Flaquer se pregunta cuáles serán las características de la nueva familia que está emergiendo. En ella será necesario llegar, dice, a un compromiso entre los propios intereses y la imprescindible solidaridad del grupo familiar. En otras palabras, se trataría de conseguir atender las necesidades de cada uno de los miembros de la familia y especialmente de los más vulnerables, los pequeños.

Pero ¿qué es lo que estamos observando desde la escuela y desde la clínica? Este sociólogo señala el problema de la falta de tiempo para estar con los hijos como característico de la familia post-patriarcal, y destaca que en nuestra sociedad es habitual que los niños estén solos en casa cuando lleguen de la escuela y que pasen demasiado tiempo cada día frente al televisor. Hay que añadir el hecho de que la mayoría de niños están "colocados" en un exceso de actividades extraescolares.

Me parece importantísimo que Flaquer, como sociólogo, destaque las repercusiones en la crianza de la falta de tiempo de los padres, sin embargo, debido a que focaliza únicamente en las edades escolares, no se refiere a un hecho absolutamente básico: que esta misma falta de tiempo conduce a que los hijos asistan demasiadas horas y desde demasiado temprano a la guardería.

Hoy en día es común que una mujer no lacte a su bebé o, en el mejor de los casos, que a los dos meses comience a preparar el destete para reincorporarse al trabajo a los cuatro. O sea que, tan temprano, cuando aún falta tiempo para llegar a consolidarse, se ve en la situación de romper el vínculo recientemente iniciado con su bebé, en ocasiones por temor a perder su puesto de trabajo. Además, como decía antes, estos padres que trabajan tantas horas no suelen llegar a casa con el estado mental necesario para interesarse por los hijos.

Por otro lado, sabemos que la procreación, además de ser un deseo de los padres es también una necesidad social, por tanto la sociedad debe contribuir ayudando a la crianza. Pero

¿cómo responden los políticos ante la dificultad de los padres de realmente conciliar crianza y trabajo? Podemos señalar las demagógicas y repetidas campañas electorales basadas en la promesa de crear miles de nuevas plazas de guardería, por tanto para bebés entre cero y tres años. Esta sería la forma de entender la “conciliación” entre trabajo y crianza por parte de los políticos: más horas y más plazas para institucionalizar a los bebés y a los niños, además con la propaganda de conseguir mejores resultados académicos en el futuro.

Estas políticas anti-educativas, no solamente no atienden las necesidades de los más pequeños para el desarrollo de su salud mental, sino que tampoco apoyan la tarea de la escuela de transmitir conocimientos y conducir a sus alumnos a un buen nivel académico.

Sin lugar a dudas, es en la familia, en el buen cuidado del bebé y del niño pequeño, donde se sientan las bases de lo que después la escuela podrá desarrollar. Como he explicado, es en los primeros meses y años cuando se preparan las bases anatómicas y fisiológicas del sistema nervioso central, para el desarrollo de la salud mental y del buen rendimiento escolar.

Las políticas educativas que pretenden arreglar el fracaso escolar con más horas de institución a cualquier edad o, basadas en la absurda idea de socializar al bebé, son anti-educativas para la población ya que transmiten –y a menudo inculcan– a los padres un error fundamental de concepto: precisamente la creencia de que hay que “sociabilizar” a los bebés a los pocos meses, que asistir muchas horas a la escuela es mejor que los cuidados que ellos pueden brindar y que los padres deben trabajar más y esforzarse para poder pagar muchas actividades extraescolares en aras de la formación de sus hijos. Es preocupante tanto retraso en la promulgación de leyes que realmente atiendan las necesidades de los pequeños en materia de salud mental y por ende de aprendizaje.

Como dice Rygaard, en la guardería, lógicamente, como sucede siempre en las instituciones, el modelo es hospitalario: todas las tareas están programadas y por tanto “ahora toca sacar los pañales, ahora sentarse en el orinal...” Justo lo

opuesto de la individuación y de la creación de identidad. Se dan, lógicamente, muchos cambios imprevistos de cuidador durante el día. El contacto entre el niño y el cuidador e incluso entre los niños es escaso. No puede ser de otra forma. Pero sabemos la enorme importancia del contacto físico, del movimiento, del balanceo, como estímulo en el desarrollo del SNC. Es mucho mejor que el bebé esté cuidado por un grupo muy reducido de personas, siempre las mismas, para las que él sea importante y significativo, que conozcan sus necesidades y preferencias y entre las que él pueda orientarse completamente.

De hecho, el bebé no es alguien a quien se pueda explicar que lo queremos mucho pero que disculpe, que estamos ocupados y no podemos atenderle. No podemos quererlo desde la distancia. Todos los niños tienden a interpretar la separación como un rechazo, como una falta de interés, de cariño. El niño entiende que no lo queremos, por tanto que no es querible. Estas vivencias son la base de la baja autoestima, inseguridad y sentimientos de fondo depresivo que sufren muchos niños. Estas vivencias gravan sus posibilidades evolutivas.

Sabemos aún que, a menudo, los niños poco estimulados, duermen mucho durante el primer año de vida, no reclaman y suelen ser tan “buenos” que “no hay niño”: son poco estimulados y poco estimulantes. Muchos de ellos cambian después radicalmente: poco después de comenzar a caminar se vuelven hiperactivos, no paran, están siempre inquietos, en movimiento, no dan tiempo a protegerlos. Puede ser el inicio de lo que después se acabará diagnosticando como TDAH y con poca suerte, acabará recibiendo psicofármacos. Hay quien cree que todos los bebés en los primeros meses son inquietos, se mueven mucho y no se fijan en nada. Pero no es así. Podemos observar bebés que, a los pocos meses, se interesan por un objeto, lo alcanzan con la mano, lo observan, manipulan, prueban sus cualidades, lo llevan a la boca, totalmente interesados y concentrados en su exploración, ejercitando durante mucho rato su capacidad de atención focal. Los otros a que me refiero saltan de un objeto a otro, no pueden detenerse más que unos segundos en cada cosa, sin completar ninguna

experiencia. El contraste es muy notable. No recibieron una contención de calidad y luego no se contienen. Resulta evidente que la evolución de las capacidades de exploración y de aprendizaje de unos y otros serán muy diferentes.

Observamos también que en nuestras consultas, son más numerosos los niños con un funcionamiento “inmaduro”: son niños desorientados, poco hechos como dicen a veces padres y maestros, más o menos confusos, sin criterio en relación a su edad. A menudo siguen a los otros niños sin comprender muy bien el significado ni las consecuencias de sus conductas, ni las relaciones humanas o el funcionamiento de su realidad externa (Rygaard, 2008).

Ha ido también en aumento el número de niños con rasgos autistas o Trastornos Generales del Desarrollo que recibimos en las consultas: niños que conectan de modo inseguro con el entorno, que desconectan fácilmente, su contacto visual es disperso o ausente.

A todo esto, se oyen muchas voces de preocupación en relación a la conducta de los niños y los adolescentes, sus resultados escolares, su pasividad. Hemos podido leer en la prensa artículos en que se rasgan las vestiduras ante las conductas de los adolescentes y ante las reacciones de los escolares. Consideran que a esos niños y adolescentes no se les puso, ni se les están poniendo, suficientes límites. ¿Pero nos hemos preguntado cómo se trató a esos niños y adolescentes cuando eran bebés? ¿No son seguramente estos niños y adolescentes los que han asistido demasiadas horas y desde demasiado pronto a la guardería? Se actúa como si se pudiera ofrecer cualquier tipo de crianza a los bebés y luego no pasara nada. Se habla de niños malcriados, cuando muchos han sido niños mal atendidos, o sea criados-mal.

Hoy en día asistimos a un aumento preocupante del mal llamado TDAH, de los problemas sociales, como las drogodependencias, el fracaso escolar, la violencia doméstica, la delincuencia juvenil, la promiscuidad sexual irresponsable, las nuevas y modernas dependencias, muchas de ellas ligadas a la tecnología: messenger, móvil, televisión, etc.

Por suerte, hoy en día se oyen ya voces por parte de padres y profesionales que reclaman medidas para una conciliación real entre el trabajo de los padres y las necesidades del bebé para una evolución sana. Se trata de artículos, cartas en los periódicos, grupos que se unen para defender el derecho a ocuparse personalmente de sus hijos (Roser Jordà, 2007; Dr. Santiago García-Tornel, 2007, y muchos otros).

Hace unos meses, un grupo de varios centenares de padres mandó una carta abierta al Conseller Maragall con motivo de una de las propuestas de Ley de Educación. En esta carta se citan los informes publicados recientemente por las universidades de Stanford y Berkeley sobre los riesgos de la educación preescolar, que si bien favorecen la adquisición de habilidades cognitivas, dicen, incide negativamente en el desarrollo social y emocional de los pequeños, generando un incremento de los problemas de conducta.

Citan también el estudio publicado por la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), sobre las políticas de educación y atención a la primera infancia en veinte países. Se describen los factores sociales, económicos y conceptuales que condicionan estas políticas, que informan de que en ningún país de la Unión Europea la enseñanza es obligatoria antes de los seis años (siete, en el caso de Dinamarca, Suecia y Finlandia). Tampoco lo es en Canadá, Estados Unidos ni Australia. Citan otro dato que consideran muy significativo: en el caso de Finlandia, país que en el último informe PISA obtiene los mejores resultados en materia de educación, el porcentaje de niños que van a la escuela a partir de los 3 años no supera el 50%, lo que contrasta con el 98% de niños catalanes según afirma Maragall al justificar la propuesta de escolarización obligatoria a los tres años.

La carta de los padres continúa preguntándose si habrá relación directa entre este déficit de atención en el sí de la familia durante la primera infancia y el creciente número de casos de depresión y trastornos de conducta entre los menores, o el hecho de que España tenga el dudoso honor de ser el tercer país del mundo en que se recetan más psicofármacos a menores.

Se basan en estas y otras referencias para defender la idea de que las medidas de conciliación propuestas hasta ahora no son defendibles. Consideran que las verdaderas medidas de conciliación pasan por ampliar los permisos de maternidad, legislar excedencias remuneradas y con garantía de reincorporación al lugar de trabajo y mantenimiento del sueldo para uno de los padres con niños pequeños, como sucede en los países que nos aventajan en los índices de bienestar y de éxito escolar. Faltaría añadir (Rygaard, 2008) que se debería ofrecer un período de reciclaje gratuito a la madre (o al padre) cuando ésta se reincorporara al trabajo. Este tipo de conciliación es radicalmente diferente de la noción, muy extendida, de que conciliar la vida laboral y la familiar consiste en mantener los niños “aparcados”, dicen, mientras los padres trabajan.

Creo que todo esto es claro indicio de que una medida imprescindible, en primer lugar, es la concienciación de la población, a través de campañas de difusión y de educación psicológica sanitaria, acerca de las necesidades de los niños y de las valiosas e insustituibles funciones de los padres, para conseguir ciudadanos sanos y capaces física y mentalmente. Esta concienciación haría, seguramente, que los ciudadanos supieran qué deben exigir a sus políticos para el bienestar de su familia y el sano crecimiento de sus hijos, y que no aceptaran como buenas las medidas demagógicas y antieducativas que se les ofrecen. Este paso podría, con suerte, mover a los políticos a ofrecer en sus campañas electorales aquello que la salud mental de la población realmente necesita.

Si no es así, se crea una grave contradicción: se invierte en más plazas de guardería, y después en más plazas de aulas de refuerzo para niños con fracaso escolar y de hospital de día para adolescentes, mientras no se está ayudando económicamente a los padres para que *tengan tiempo* para estar con sus hijos, para realizar actividades con ellos y fomentar una buena evolución, o sea salud mental. Estas son las verdaderas medidas preventivas. Sin ellas estaremos siempre tratando de corregir, en los años siguientes, lo que se ha comenzado mal en los primeros años. Y esto sí que resulta mucho más caro en todos sentidos, económicamente y emocionalmente.

CONCLUSIONES

Las investigaciones sobre el vínculo y la teoría del apego y aquellas en neuropsicología realizadas en base a la neuroimagen dejan bien clara la importancia de las interacciones de calidad entre el bebé y su madre como promotoras del desarrollo del SNC. Por esta vía, son asimismo promotoras del desarrollo intelectual, emocional y social.

La calidad de las interacciones y por tanto su destino, depende del tipo de crianza que los padres ofrecen a su bebé, que a su vez depende en buena medida de la organización social y del tipo de “conciliación” que los padres establezcan entre el cuidado del bebé y su trabajo.

Los cambios sociales de las últimas décadas han conducido a que los bebés asistan desde demasiado pronto y demasiadas horas a instituciones que se ocupan de su crianza.

Esta “institucionalización”, en contradicción total con lo que las investigaciones citadas nos enseñan, altera el carácter de las interacciones a veces con graves perjuicios para la evolución del niño. Estos cambios se aprecian en la clínica. Sería importante investigar la relación entre los cambios en la psicopatología y la modificación de los sistemas crianza. Otro aspecto relacionado es el aumento alarmante de la prescripción de psicofármacos, que pretende sustituir la contención de calidad que sería una buena crianza, por una “contención” química.

Hasta ahora, la aportación de los políticos a la “conciliación” ha sido la creación de nuevas plazas de guardería para institucionalizar a más bebés y la propaganda antieducativa de que más asistencia a institución aporta mejores resultados académicos en el futuro, cosa que el informe PISA demuestra que es falsa.

Creemos que ya sería hora de que se ayudara a los padres a una conciliación real entre trabajo y crianza. Consistiría en ofrecer ayudas económicas o de reducción de jornada a aquellos padres que desearan ocuparse personalmente de sus hijos, con conservación de sus puestos de trabajo y sueldo, y con reciclaje gratuito para las madres cuando se reincorporaran a su puesto laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, I. y Wall, S., (1978) *Patterns of Attachment - a Psychological Study of the Strange Situation*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Bettelheim, Bruno (1974) *Los niños del sueño*. México. Siglo XXI.
- Bowlby, J (1951). *Soins maternels et Santé Mentale*. Genève. Organisation Mondiale de la Santé.
- Brazelton, T. B. y Cramer, B. G. (1993) *La relación más temprana*. Barcelona. Paidós. {1990}
- Flaquer, Lluís (1999). *Família i Educació*. Publicado en el libro: *Per una ciutat compromesa amb l'educació*. Volumen II. Instituto de Educación del Ayuntamiento de Barcelona. pp 77 - 93.
- Fonagy, Peter (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona. Espax S.A..
- García-Tornel, Santiago (2007). Carta a la Vanguardia del día 4 de diciembre.
- Jordà, Roser y otras firmas (2007). Carta a La Vanguardia del día 2 de diciembre.
- Marrone, Mario (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid. Editorial Psimática.
- Spitz, R. (1968) *La première année de la vie de l'enfant*. París. P.U.F.
- Rygaard, Niel Peter (2008) *El niño abandonado*. Barcelona. Gedisa Editorial.
- Torras de Beà, Eulàlia (2002). *Dislexia en el desarrollo psíquico*. Barcelona. Paidós
- Van Cutsem, Chantal (1998) *La famille recomposée. Entre défi et incertitude*. Ramonville Saint-Agne. Éditions Érès.

TRABAJO CON IMÁGENES EN PROCESO DIAGNÓSTICO DE NIÑOS

Alejandra Taborda*

RESUMEN

Se presenta un encuadre viable de ser instrumentado durante el diagnóstico de niños. La propuesta se sustenta en: –una concepción psicoanalítica relacional que hace hincapié en el trabajo con los padres para comprender el significado del síntoma y promover cambios–; investigaciones empíricas que señalan la importancia de las entrevistas iniciales en la comprensión emocional de las constelaciones sintomáticas y que sólo el emerger de emociones positivas estimula investigaciones conducentes al insight; –un diagnóstico no resulta neutro, es terapéutico o iatrogénico–.

Desde este posicionamiento, se propone trabajar con los padres con las siguientes imágenes: a) luego de recorrer el motivo de consulta, su historia y atribuciones causales, se solicita que cuenten dibujando cómo se sienten en la relación con el niño y realicen un relato. Se entregan tres hojas y, cuando ambos padres están presentes, eligen realizarlo en conjunto o por separado; b) posteriormente se trabaja con una historia fotográfica.

Con el niño, al encuadre tradicional se agregan las consignas: *“Cuéntame con un dibujo por qué venís a verme, qué te*

* Doctora en Psicología. Profesora responsable de Psicología Educacional (línea psicoanalítica) y de Observación de Bebés de la Licenciatura en Psicología de la Facultad Ciencias Humanas de la UNSL. Docente de la Carrera de Especialización en Psicología de la UCC. Directora del proyecto de investigación PROICO N° 420203 “Estudios clínicos y empíricos de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo” (Investigador categoría II). E-mail: rtaborda@unsl.edu.ar.

está pasando” y luego de administrar batería de tests: “*Cuéntame con un dibujo cómo puedo ayudarte*”.

Trabajar con las imágenes propuestas estimula al psicodiagnosticador, padres y niño a iniciar una lectura del síntoma como un mensaje dirigido a otro que alude/elude a una conflictiva inter, intra y transubjetiva.

Palabras clave: Técnicas auxiliares, Imágenes, Proceso diagnóstico.

ABSTRACT

WORKING WITH IMAGES IN THE DIAGNOSTIC PROCESS WITH CHILDREN

Images are a viable approach to be implemented in the diagnosis of children. The proposal is based on the following postulates: i) a relational psychoanalytic perspective which emphasizes the work with parents in order to understand the meaning of the symptom and to promote changes; ii) empirical investigations which show both the importance of initial interviews to understand the emotion through the symptomatic constellations, and the fact that only the emergence of positive emotions stimulate new symbolic experiences leading to the insight; and iii) a diagnosis is not neutral, it is therapeutic or iatrogenic.

This work proposes the following steps in working with images: a) after analyzing the cause of consultation, the patient's history and causal attributions, the parents are asked to draw how they feel about their relationship with the child and to give an account of it. To that end, the parents receive three sheets, and they decide whether to do it jointly or separately, b) then they work with a photographic history.

Working with the child, the following instructions are added to the traditional approach: “Tell me with a drawing why you come to see me and what's going on with you”. After administering the battery of tests, the instruction is: “Tell me with a drawing how I can help you”.

The results indicate that the work with the images proposed stimulates the professional who is carrying out the psycho-

diagnosis, the parents and child to read the symptom as a message intended for someone else, referring to or avoiding an inter-, intra- and transsubjective conflict.

Key words: auxiliary techniques – images – diagnostic process.

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta presentación es delinear y fundamentar la inclusión de técnicas auxiliares en el marco del proceso diagnóstico de niños, que será ilustrado con viñetas clínicas de un caso. En este abordaje, la figura del psicodiagnóstico y terapeuta se reúnen en un mismo profesional.

La modalidad propuesta se sustenta en una concepción psicoanalítica relacional de la teoría y la técnica, en la que se pone en relieve que el diagnóstico en la vida de una persona nunca resulta neutro: es terapéutico o iatrogénico. Desde esta perspectiva, el proceso psicodiagnóstico puede constituirse en una herramienta terapéutica, en la medida que brinde un continente para pensar, en forma incipiente, nuevos enlaces sobre la problemática por la que se consulta (Taborda y Díaz, 2005, 2007, 2009).

Estas nuevas ligaduras emergen a modo de un compás de ritmos relacionales, de encuentros/desencuentros escenificados en la relación transferencial-contratransferencial. Así, el motivo de análisis de un niño, en la mente del analista, se construye paulatinamente a partir del interjuego de un marco teórico que sustenta la práctica, con las peculiaridades que el material clínico presenta en el espacio diagnóstico/terapéutico. En él se conjuga el vínculo transferencial y contratransferencial, que decanta la comunicación, la interacción y el encuentro entre los padres, el paciente y el terapeuta. Como tal, va más allá de una escotomización en motivo de consulta manifiesto/latente, motivo de los padres, del niño u otros, para configurarse en un lugar de contención del dolor psíquico que permite la expresión del sufrimiento con sus vicisitudes conscientes-inconscientes, en un emerger de transferencias-contratransferencias múltiples.

En los momentos iniciales de la consulta es posible observar, en la relación de padres e hijos, un doloroso lenguaje de desencuentros, deshilvanos, desarticulaciones que habitan las constelaciones sintomáticas y el sufrimiento psíquico, los cuales buscan ser depositados porque resultan, en diferentes grados, intolerables. Como tal, la fantasía inconsciente de depositar aspectos propios en el otro (identificación proyectiva) tiene un cariz primordialmente defensivo.

La consulta puede ser presentada por los padres bajo una modalidad que remite a perturbaciones relacionales de orden narcisista. Esta patología promueve que el síntoma del niño se signifique con un alto impacto persecutorio, en la que priman los movimientos defensivos de desestimación y/o desmentida. Así, el hijo puede quedar atrapado en un espacio intersubjetivo en los que prima: a) la proyección en el hijo de aspectos insoportables, que revelan lo no constituido como función psíquica de los adultos. El niño y sus síntomas suelen ser vividos como el “*desastre*” que debe ser expulsado; b) las depositaciones de las dificultades en el mundo extrafamiliar, como por ejemplo la escuela, la maestra, los amigos y/o en uno de los progenitores; c) el repliegue narcisista, o estructura caracterial que, por identificación proyectiva, generan indiferenciación con el sufrimiento del niño. En estos tres casos, el camino de la reintroyección es sinuoso y resistido.

En cambio, cuando en los adultos prima una estructura del orden de lo neurótico, si bien las ansiedades persecutorias y las defensas proyectivas se hacen presentes, emerge con mayor facilidad y, en un plazo menor de tiempo, tanto el contacto con el sufrimiento del hijo como nuevos enlaces que lo tornan pensable.

De todos modos, el proceso de reintroyección, que permite transformar lo no-pensado en objeto de indagación o conocimiento, tanto en el espacio diagnóstico como en el terapéutico, es paulatino y se desarrolla inmerso en movimientos progresivos/regresivos. Sus características y tiempos dependerán de las peculiaridades de la estructuración psíquica y de las múltiples combinaciones inconscientes de los contenidos escotomizados. Además, los hallazgos señalados por la inves-

tigación empírica, hacen hincapié en que sólo el emerger de emociones positivas, acompañadas de narrativas, estimula las posibilidades de establecer nuevas investiduras conducentes al insight (Fontao y Mergenthaler 2005; Toranzo, Taborda y otros 2008). A lo expuesto, Cryan (2009), a partir de la indagación realizada sobre proceso terapéutico con adolescentes violentos tempranos, agrega que las primeras entrevistas tienen una importancia radical en el desarrollo transferencial y en la comprensión emocional de los porqués de las constelaciones sintomáticas.

Desde este posicionamiento, considero pertinente incluir técnicas auxiliares en el encuadre diagnóstico que favorezcan el emerger de nuevas narrativas y vivencias relacionales. Esto es posible en la medida que se abran espacios que conlleven historizarse, analizar el interjuego entre fantasías inconscientes/realidades vividas y, centralmente, promueva una lectura del síntoma a modo de un mensaje dirigido a otro que alude/elude a una conflictiva inter, intra y transubjetiva. Para ello, es necesario que esté presente la atención interesada, la capacidad de observación y, fundamentalmente, de tolerar el misterio, la disposición a recibir y albergar la transferencia. Cuando subyace la reciprocidad con los padres y con el niño es posible mostrar, más allá de lo que se dice, la vivencia de las emociones. En este sentido, siguiendo lo señalado por Fontana (1982), el trabajo con imágenes promueve el proceso de transformar impresiones sensoriales y emocionales en narrativas, recuerdos y conocimiento posible. Además, pone en marcha el pensamiento imaginativo, el contacto con la “belleza de cada persona” y sus potencialidades creativas.

LAS TÉCNICAS AUXILIARES: FUNDAMENTACIÓN Y MODALIDAD DE IMPLEMENTACIÓN EN LAS ENTREVISTAS CON LOS PADRES

Luego de recorrer el motivo de consulta, su historia y atribuciones causales, se solicita que cuenten dibujando cómo se sienten en la relación con el niño y realicen un relato. Para ello

se entregan tres hojas y, en aquellos casos que ambos padres estén presentes, eligen hacer un dibujo en conjunto o por separado. La implementación de esta consigna, tiene como propósito abrir un espacio donde el lenguaje verbal se integre al preverbal, los cuales, frecuentemente, adquieren un cariz catártico. Recordemos que en un contexto transferencial, el gráfico constituye una escritura de imágenes que articula escrituras previas, marcas, restos que se activan por la regresión y que se manifiestan ante la consigna. El sostén y *reverie* del psicodiagnosticador puede promover investiduras inconscientes que se ligarán a otras representaciones, en este caso para configurar una imagen gráfica que procura hablar del sufrimiento que perturba el espacio psíquico relacional parental el cual, a su vez, alude/elude a la transmisión transgeneracional.

A modo de ilustrar lo expuesto, comenzaré con el relato de viñetas del caso que analizaré a lo largo del trabajo. Los padres de un niño de seis años, refieren como motivo de consulta: *“venimos porque no lo aguantamos más, no sabemos lo que quiere, ni por qué está así... no hace caso, contesta, se mueve constantemente, va de accidente en accidente... la maestra nos dijo que viniéramos porque en la escuela también se porta mal, se sube a todos lados, está nervioso... no duerme bien... nos tiene todo el día con los nervios de punta... si no le ponemos límites ahora no sabemos qué haremos con él”*. Relatan también, que la inquietud del niño se manifestó cuando empezó a caminar, pero que desde que llegaron a vivir a San Luis, hace un año, es cada vez peor. Luego, en forma conjunta, *representan un niño a punto de caerse de una silla inestable y dos adultos alertas, corriendo tratando de evitarlo y expresan “así es todo el día no podemos no hablar... en realidad no podemos dejar de mirarlo porque hace una macana”*. El material reseñado, muestra cómo los padres expresan, con un lenguaje catártico-proyectivo, el enojo y preocupación con los que vivencian las manifestaciones autodestructivas y las dificultades de separación del niño. También, a partir del grafismo, es posible inferir sentimientos de impotencia, frente a que sus brazos, estado de alerta, corridas no alcanzan para sostener al

hijo que se encuentra en un estado de desequilibrio, representado a través de la silla inestable y las figuras humanas representadas con palotes.

Con el propósito de comprender el modo en que el síntoma del niño se fue configurando, antes de concluir la primera entrevista, se solicita, para la próxima vez, que busquen fotografías para reconstruir la historia vital del niño. Se aclara que pueden elegir todas las que ellos deseen, impresas o en CD y, si es posible, las seleccionen en forma conjunta.

Se adopta esta modalidad por considerar que las imágenes fotográficas, de un modo u otro, retratan/inmortalizan imágenes de aquellos momentos, relaciones, historias de encuentro con otros y con uno mismo que se temen olvidar: *“las primeras horas de vida, la primera sonrisa, ajo, caminata, etc.”*. Seleccionarlas convoca a recordar, a elegir cuáles pueden resultar más elocuentes, cuáles se quieren compartir y luego remirarlas en compañía del psicodiagnosticador puede promover nuevas asociaciones, narrativas, ligaduras y recuerdos relacionales tiernos y/o alegres. En algunas oportunidades, ellas por sí mismas refieren una historia que difiere de la que se relata en el aquí y ahora.

Continuando con el material clínico que se analiza, presento un recorte de la secuencia con que se trabajó con la pareja parental la historia fotográfica. Ellos seleccionaron las fotos en forma conjunta, en primer lugar pusieron aquellas en que se veían juntos, abrazados, esperando al bebé. Las posteriores, habían sido tomadas por el padre, mostraban a la mamá y al bebé mirándose, tomando el pecho o sonriendo, absortos, con fascinación. En las fotografías subsiguientes llamativamente el bebé es considerablemente más grande, por un lapso de tiempo no había sido retratado, lo cual me llevó a interrogar sobre este aspecto. Explicaron que cuando tenía tres meses, la madre fue intervenida por una afección cardiológica, que el tratamiento fue un éxito y todo fue superado rápidamente. Enfáticamente verbalizaron que no notaron cambios en el bebé, era tranquilo, se adaptó a la mamadera y a los cuidados de la abuela materna. Como puede observarse, el relato tiene un

cariz evitativo, por lo cual se infirió que, para trabajar de lleno sobre el modo en que este contenido había sido escotomizado, requiere de más tiempo. Aludiendo/eludiendo a la problemática, las imágenes que continuaron hacían referencia a seis cambios de residencia, el último acaecido hace un año implicó dejar Buenos Aires y radicarse en una ciudad de aproximadamente 400.000 habitantes del interior de nuestro país. Los papás refieren que están mejor económicamente pero muy tristes y quizás esto, aunque no lo habían pensado, influye en su hijo, marcan así el contenido, en parte encubridor, a través del cual pueden tolerar la reintroyección.

Al trabajar con imágenes fotográficas es importante estar atentos, entre otras cosas, a la disposición que los padres muestran para buscarlas, a conversar sobre ellas fuera y dentro del consultorio, los lugares que reflejan, las personas retratadas, los pasajes que se muestran y los que quedan excluidos. Frente a lo cual, las intervenciones del psicodiagnosticador son centralmente el reflejo, las preguntas que estimulen volver a mirar, acompañando el establecimiento de los nuevos enlaces, respetando lo que aún no puede pensarse. A través del recorrido histórico y recolección transferencial se procurará captar: 1) fantasías de preconcepción; 2) modo en que se elaboró la pérdida de la vida intrauterina; 3) desarrollo de los primeros progresos en los procesos de discriminación; 4) capacidad de realizar el primer acto de posesión, de representar, de crear espacios intermedios a través de la posibilidad de ligarse a un objeto transicional; 5) proceso de diferenciación entre personas y objetos conocidos-desconocidos; 6) pasos hacia la autonomía motriz, la exploración y conocimiento de los riesgos; 7) desarrollo de la capacidad de estar a solas; 8) renuncia al autoerotismo por amor al otro y a sí mismo que permite emprender el aprendizaje del control de esfínteres y la discriminación entre lo mío, lo tuyo, lo nuestro; 9) descubrimiento de la diferencia de sexo y sus primeras elecciones constitutivas de la identidad de género; 10) descubrimiento de la privacidad de la mente y el resignar que otros piensen por él y en él; 11) modalidad de la conflictiva edípica; 12) compartir con otros tolerando las diferencias (Taborda y Díaz, 2007).

LAS TÉCNICAS AUXILIARES: FUNDAMENTACIÓN Y MODALIDAD DE IMPLEMENTACIÓN EN LAS ENTREVISTAS CON EL NIÑO

La secuencia de trabajo es: a) Escuchamos el motivo de consulta, las relaciones que va realizando acerca de su historia y los por qué de su sufrimiento; b) Verificamos signos de estructuración psíquica que nos haga suponer que puede dibujar; c) Cuando la simbolización gráfica es posible, implementamos la siguiente consigna: *“cuéntame con un dibujo por qué venís a verme, qué te está pasando”*. Dibujo al que además de crearle a posteriori un relato, exploramos junto al niño los detalles y las asociaciones que van surgiendo en conexión con lo que a él le sucede; d) Continuamos con el proceso diagnóstico apoyándonos en técnicas proyectivas (gráficas y verbales) y, en caso necesario, psicométricas. La batería concluye con la solicitud: *“cuéntame con un dibujo cómo puedo ayudarte”* y *“hablemos de este dibujo”*.

La producción emergente frente a las nuevas consignas propuestas nos permiten analizar las fantasías conscientes e inconscientes de enfermedad, de curación del niño y su posición frente a ellas con más especificidad de lo que puede ser relatado verbalmente en el motivo de consulta o en otras pruebas gráficas. Cabe recordar que la doble articulación de lo simbólico y lo imaginario permite crear la representación figural y su relación con el proceso de escritura, en imágenes propias del inconsciente. En otras palabras, convocar a dibujar, en el aquí y ahora transferencial, es propiciar la producción de un nuevo acto psíquico, ya que si hay efecto de ligadura para realizar el gráfico (trabajo de simbolización), también hay modificaciones en el sujeto. La producción transmite deseos, rechazos, propósitos, miedos, cuidados, pérdidas, interrupciones y vías de compensación. Así, todo gráfico tiene que ser analizado y comprendido a la manera del sueño: fragmentado en sus componentes para obtener asociaciones que posibiliten una nueva escritura que permita formular hipótesis acerca de las marcas históricas relacionales constitutivas de la realidad psíquica. Este trabajo de simbolización, de transformación puesto en juego para referir las fantasías de enfermedad

y curación, condensa la histórica mediación del cuerpo propio conformado según las vicisitudes relacionales diádicas iniciales y el pasaje a la conflictiva edípica; transversalizadas por modos culturales.

Con el propósito de ilustrar lo expuesto retomo el material clínico. El niño, refiere como motivo de consulta *“me porto mal... la maestra no me quiere porque me porto mal... no sé”*. Luego, se representó gráficamente, a través de una pequeña figura de dos dimensiones, sin ojos, nariz, cabello, manos, ni pies, con una importante asimetría a nivel de los hombros, centrada en el borde inferior de la hoja con un brazo enyesado: *“Estaba durmiendo con mi papá soñé cosas feas y me caí de la cama, me quebré el brazo, me llevó al médico me enyesaron porque me dolía mucho, no me dio miedo, mi mamá estaba en Buenos Aires. ¿Qué cosas feas soñabas? Siempre sueño cosas feas, que corro y me caigo en un pozo, que un monstruo me corre, me agarra”*. A medida que relataba, coloreó de rojo toda la figura humana y agregó, muy cerca de la cabeza el dibujo del pozo, a modo de un remolino y un monstruo volador con dientes grandes de un tamaño considerablemente mayor que la figura humana. Posteriormente, expresa: *“Mi mamá siempre me dice que me quede quieto que me voy a caer”* y agrega una raya en el brazo y una en la pierna *¿Son lastimaduras? “Sí me caía en la bici y me raspé, mi mamá me retó.”* La producción gráfica y verbal descripta transmite la opresión provocada por la disociación y proyección de contenidos persecutorios, así como también la primitiva sensación de caer interminablemente. Ser chupado - ser comido se presentaban como dos terrores primitivos que no encontraban sostén, modos de simbolización: La inquietud es su defensa frente a sus dificultades de separarse, para instaurar sus posibilidades de estar a solas, para vivenciar la conflictiva edípica y necesidades de masculinización en forma más saludable, lo cual fue corroborado y ampliado en la conjunción del análisis de la producción gráfica y lúdica recolectada en el proceso diagnóstico.

Frente a la consigna *“Cuéntame con un dibujo cómo puedo ayudarte”*, el niño se dibujó acostado solo en su cama, su madre a su lado y dice: *“mi mamá y yo... le cuenta el cuento del*

Ángel de la Guarda para que no tenga miedo y no sueñe cosas feas". (Recordemos que en el primer grafismo la madre estaba explícitamente ausente). El material fue interpretado como el anhelo de crear un espacio intra e intersubjetivo en el que prime un "objeto completamente bueno", idealizado que le permita luchar con los perseguidores, integrar su motricidad, agresión-culpa-autoagresión, reencontrar a su madre para emprender un camino de separación que le posibilite incorporar introyectivamente la figura paterna en sus vicisitudes de objeto de amor y rival, en un momento evolutivo en el que, paulatinamente, se amplía el camino a la vida extrafamiliar.

Tal como se señala previamente, el motivo de análisis de un niño, en la mente del analista se construye, paulatinamente, en el emerger de asociaciones que dan cabida a nuevos interrogantes. Algunas de las preguntas que requirieron de un tiempo posterior al proceso diagnóstico para hilvanar respuestas de mayor profundidad fueron: ¿Qué lugar ocupa el niño en la familia? ¿Qué fantasías promueve ocupar el lugar de la madre en el lecho matrimonial? Dado que el niño habitualmente no duerme con sus progenitores ¿Por qué el padre necesita llevarlo a su lado frente a la ausencia de la madre? ¿Cómo incide esto en el proceso de masculinización y temores de castración?

CONCLUSIONES

El diagnóstico es una síntesis en la que se busca comprender lo manifiesto y latente, descubrir signos ocultos, por ende, en él quedan zonas de incertidumbre. En otras palabras, se procura develar el modo en que el olvido, el fallido, el síntoma, la demanda hablan, las vías de compensación que el sujeto ha desplegado a lo largo de su vida de relación. Lo cual puede convertirse en una herramienta terapéutica donde es posible que se inicie el proceso de elaboración. De este modo, se procura recolectar y trabajar los primeros movimientos transferenceles-contratransferenceles, a través de la creación de un espacio donde se brinde la oportunidad de compartir el mundo de fantasías conscientes e inconscientes movilizadas, que

impregnarán de un modo u otro, el eventual tratamiento psicoterapéutico. El abordaje propuesto, puede convertirse en un agente que estimula el emerger de nuevas emociones, vivencias relacionales, narrativas y enlaces que amplíen la comprensión del sufrimiento psíquico.

El recorte realizado sobre el análisis del material clínico, muestra como el trauma no miente, protesta, exige la repetición, manda hasta que se lo elabore, tiene su memoria. En un abordaje psicoanalítico, el mismo cobra una existencia vivida cuando paciente y analista lo reconocen, caen en la cuenta de que esto no nombrado, no fechado, no explicitado tiene un papel etiológico determinante y se configura en una trampa, un obstáculo destinado a hacer caer.

Desde esta perspectiva, considero que el trabajo realizado facilitó –en estos padres con estructura de orden neurótico, inmersos en una superposición de duelos que dificultaban su elaboración– el ponerse en contacto con su estado depresivo y cómo ello dificultaba la conexión emocional con el niño, desde temprana edad. Así como también, el modo en que éste procuraba, a través de movimientos y accidentes expresar su conflictiva intra e intersubjetiva, que lo llevaban a procurarse un sostén, despojarse de perseguidores y culpa, a despertarlos, ponerlos atentos.

BIBLIOGRAFÍA

- CRYAN, G. (2009). Tesis doctoral. “Estudio de Proceso y Resultados En Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos con Trastorno Negativista Desafiante Y Trastorno Disocial”. UBA.
- FONTANA, A. y LOSCHI, J. (1982). “Sesión Prolongada. Más allá de los cincuenta minutos”. Buenos Aires. Gedisa.
- FONTOA, M. I. y MERGENTHALER, E. (2005). “Aplicación del Modelo de Ciclo Terapéutico a la Investigación de Microprocesos en la Psicoterapia de Grupo”. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIV (1), 53-63.
- TABORDA, A. y DÍAZ, D. (2007). En TRIOLO MOYA, F. y GIOR-DANO, M. “La Cultura Actual. Su Impacto en Distintos

Campos Disciplinarios.” Capítulo 19 “¿Estamos Frente a un Incremento del Trastorno de Déficit Atencional o a Criterios que Llevan a la Patologización de la Infancia?” Argentina. LAE.

TABORDA, A. y DÍAZ, D. (2009). En TABORDA y LEOZ. “Configuraciones Actuales de la Psicología Educacional. Desde la clínica individual hacia una clínica en extensión”. Capítulo 15, Prevención y Diagnóstico en el Ámbito del Trabajo en Red con Instituciones Escolares Argentina. Nueva Editorial Universitaria.

TORANZO, E.; TABORDA, A.; ROSS, T.; MERGENTHALER, E. Y FONTAO, M. (2008). “Interacción grupal y patrones verbales en grupos de padres: Primeros resultados de un estudio piloto”. *Revista AIGLE*.

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL TRABAJO DE RECONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA EN EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LOS NIÑOS CRÓNICAMENTE TRAUMATIZADOS

José Luis Gonzalo Marrodán*

RESUMEN

Se propone que la relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida del niño crónicamente traumatizado están estrechamente asociados. El segundo sólo se puede acometer en psicoterapia cuando la primera está sólidamente construida. Planteamos tres conceptos que han de estar presentes en la psicoterapia para construir la relación y ayudar al niño a desarrollar un apego seguro: el apego terapéutico, la relación sintonizada resonante con el terapeuta y el diálogo mentalizador reflexivo. Finalmente, se postula que la narrativa co-construida con el niño sobre su historia de vida, a menudo fragmentada, facilita la integración del trauma en su mente, ofreciendo sugerencias sobre cómo hacer esta tarea con el niño en psicoterapia.

Palabras clave: apego terapéutico, sintonizar, resonar, función reflexiva, integración.

* Psicólogo-psicoterapeuta. Práctica privada. San Sebastián-Donostia. Homologado por la Diputación Foral de Guipúzcoa para la realización de tratamiento psicológico a menores en situación de desprotección en los Programas Forales de Intervención Familiar Gizalan y Osatu. E-mail: joseluis@jose-luisgonzalo.com

ABSTRACT**THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP AND THE RECONSTRUCTION WORK OF THE LIFE HISTORY IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF CHRONICALLY TRAUMATISED CHILDREN**

It is proposed that the therapeutic relationship and the work of the life history of the chronically traumatized child are closely linked. The latter can only be attempted in psychotherapy when the former is solidly built. We consider three concepts which should be present in psychotherapy in order to build a relationship and help the child develop a strong attachment: the therapeutic attachment; the synchronised resounding relationship with the therapist and the reflexive mental preparation dialogue. Finally, it stands that the co-constructed narrative with the child about their life history, often fragmented, aids the integration of the trauma in their mind, offering suggestions on how to perform this task with the child in psychotherapy.

Key words: therapeutic attachment, synchronize, resound, reflexive use, integration.

INTRODUCCIÓN

Ambos conceptos (“relación terapéutica” y “reconstrucción de la historia de vida del niño”) son tan fundamentales en el tratamiento psicoterapéutico de los niños/as crónicamente traumatizados (como consecuencia de biografías en las que ha estado presente de manera prolongada el abandono, el maltrato o el abuso sexual) como inseparables. Utilizando una metáfora gastronómica, diríamos que forman un maridaje perfecto. El primero precede a la segunda, y aquél (el trabajo de reconstrucción de historia de vida) es imposible de acometer en psicoterapia si la relación terapéutica con el niño no está sólidamente construida.

En este artículo proponemos, en primer lugar, tres conceptos que el psicoterapeuta debe utilizar, dentro de su repertorio de habilidades, en la psicoterapia con el niño/a que ha padecido trauma crónico (Barudy y Dantagnan, 2005; Siegel, 2007; Steele, Nijenhuis y Van der Hart, 2008; Ziegler, 2002) pues son

los que pueden contribuir a la reparación del daño emocional (Gonzalo, 2009) que usualmente estos niños/as suelen presentar en mayor o menor medida, sobre todo si el mismo se ha producido en una etapa evolutiva en la que el neurodesarrollo es muy sensible (0 – 3 años).

A continuación, expondré por qué estimo importante incluir como objetivo psicoterapéutico, de una manera explícita, el trabajo de reconstrucción de la historia de vida con el niño que ha padecido trauma crónico a lo largo de diferentes etapas del desarrollo.

Finalmente, desde la propia experiencia en el tratamiento de los niños con trauma crónico, sugeriré cuáles son los aspectos a tener en cuenta antes de realizar el objetivo de la reconstrucción de la historia de vida y con que técnicas puede hacerse.

LOS TRES COMPONENTES EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL NIÑO TRAUMATIZADO

Los tres componentes son tres conceptos: apego terapéutico, la relación sintonizada resonante con el terapeuta y el diálogo mentalizador reflexivo, y en la literatura científica vienen propuestos por el autor Daniel Siegel (Siegel, 2007).

Los tres aluden a patrones de relación y de comunicación entre los cuidadores y el niño/a, los cuales han estado insuficientemente presentes en la biografía del menor que ha padecido trauma crónico o se han establecido de una manera perturbadora y dañina para la mente del niño/a. Es por ello, como se verá más adelante, que el psicoterapeuta debe incluir estos aspectos en la psicoterapia porque construyen una adecuada relación con el niño/a (a menudo los patrones relacionales de los menores con trauma crónico suelen ser desadaptados y, en consecuencia, desde la relación terapéutica deben tratarse para que avancen hacia patrones más adaptados), contribuyen a reparar el daño emocional sufrido o parte del mismo y sientan las bases de seguridad y confianza para poder abordar otros objetivos terapéuticos (en particular, la reconstrucción de la historia de vida del niño/a).

El apego terapéutico

El primer concepto, el apego terapéutico, se fundamenta en la teoría del apego y sus trastornos (Bowlby, 1998a; 1998b; 2004; Barudy y Dantagnan, 2005; Fonagy, 2004; Siegel, 2007; Rygaard, 2008).

Los niños/as que han padecido trauma crónico presentan altas probabilidades de desarrollar un trastorno del apego. El apego remite a la memoria del individuo que recuerda, implícita y/o explícitamente, cómo le cuidaron las principales figuras afectivas de referencia. Y esa representación mental o memoria de trabajo interna (Bowlby, 2004) influirá sobre cómo el niño/a percibirá y sentirá a los demás y el mundo que le rodea. De igual modo, el papel de los cuidadores estables es fundamental para el ulterior desarrollo del bebé ya que sus pautas de cuidados afectivos y físicos óptimos juegan un rol crucial para la auto-organización mental y la regulación de las emociones (Siegel, 2007).

Los tres tipos de apego disfuncionales que el niño/a que ha padecido trauma crónico puede desarrollar son los siguientes: el apego inseguro evitativo; el apego inseguro ansioso-ambivalente y el apego desorganizado (Barudy y Dantagnan, 2005; Siegel, 2007).

En el apego inseguro evitativo el niño/a ha presentado numerosas interacciones con cuidadores emocionalmente indisponibles, no perceptivos a las necesidades de ayuda de sus hijos e inefectivos para satisfacer dichas necesidades (Siegel, 2007) En unas interacciones continuadas así, el niño/a maximiza una estrategia para adaptarse que minimiza la búsqueda de proximidad con los cuidadores.

Las implicaciones para la psicoterapia de un/a niño/a con un perfil evitativo son, sobre todo, que éste/a va a temer la posibilidad de conectar emocionalmente. Hay un miedo profundo a una relación íntima tras la estrategia adaptativa de la evitación, y la psicoterapia lo es. Además, usualmente, este tipo de niños niegan tener problemas o dificultades relacionales (“Yo no siento miedo”; “todo va bien, no tengo ningún problema”; “en mi familia todo va bien”). No suelen querer acudir a la psicoterapia y si lo hacen es forzosamente o para tratar

asuntos instrumentales (mejorar la lectura, mejorar el rendimiento escolar...), manteniéndose distantes y como si su vida fuera un desierto emocional.

En el apego inseguro ansioso-ambivalente los cuidadores del niño/a no han sido hábiles para saber cuándo aproximarse y comunicar en sintonía con aquél/lla y cuándo retirarse porque el bebé necesita un periodo de introversión. Los cuidadores han presentado numerosas interacciones con el bebé caracterizadas por intrusiones en los que han invadido al infante con sus propios estados emocionales negativos. De este modo, los cuidadores se tornan inconstantes y cambiantes en sus emociones e impredecibles en sus actos. Pueden introducir secuencias en las cuales ignoran las necesidades del bebé.

A diferencia del patrón de apego anterior, un apego ambivalente fuerza al niño a estar más preocupado por su propia angustia y a maximizar la atención hacia la imprevisible relación de apego (Barudy y Dantagnan, 2005).

Las implicaciones para la relación terapéutica son que el niño/a va a traer un patrón conductual que busca la proximidad ansiosa con el profesional y un miedo profundo a no ser lo suficientemente amado y valorado por el terapeuta. A diferencia del evitativo, este niño se implica en la conexión emocional y puede trabajar en psicoterapia de acuerdo al plan de tratamiento perfilado. Pero sus afectos hacia el terapeuta oscilan en la ambivalencia: el terapeuta puede ser idealizado (el mejor del mundo cuando satisface su ilusión de ser cuidado) pero pasar a la devaluación (el peor cuando el niño/a se siente frustrado por cualquier motivo con el profesional).

Y, finalmente, en el apego desorganizado, la mayor paradoja que el niño/a ha vivido en la relación con los cuidadores es que éstos se convierten en los causantes del dolor físico y psíquico, pero el niño/a no puede escapar de ellos. Se quedan a su merced, por lo que en muchas ocasiones pueden quedarse en estado de trance, como “congelados”. Esta suerte de disociación aparecerá en el futuro. La vivencia de estos niños/a, lo que caracteriza la vida psíquica de estos niños/as con padres cuyo estilo parental es violento, desconcertante, temible e impredecible, es una vivencia de terror, impotencia y falta ab-

solita de control sobre lo que le ocurre (Barudy y Dantagnan, 2005).

Los niños/as con apego desorganizado contienen en su manifestación externa elementos de otros apegos inseguros (ambivalente y evitativo), sólo que no son capaces de organizar sus relaciones en una estrategia coherente y organizada. Su mente ha sufrido interrupciones y no puede organizarse coherentemente, a la par que las vivencias de terror le conducen a maximizar estrategias controladoras y dominadoras pues es el modo de defenderse del miedo y desconfianza hacia el adulto. Las conductas disruptivas son fruto de las interrupciones de mente provocadas por progenitores hostiles y violentos, a las cuales les suele acompañar una intensa desregulación emocional (Gonzalo, 2009; Siegel, 2007).

En la psicoterapia con el niño desorganizado, el psicoterapeuta debe mostrarse amable y suave pero seguro en sus comunicaciones verbales y no-verbales. El estilo terapéutico más adecuado es semi-directivo, priorizando en primer lugar la organización y seguridad del niño mediante la estructuración física del espacio de la psicoterapia y a través de la estructuración temporal (días, horarios, duración sesión, timbre que indica la finalización de la hora de terapia...) y de la estructuración metodológica (dividir la sesión en dos partes: una más directiva, otra no-directiva aunque dejando claro lo que hay que respetar: a la persona y objetos de la terapia) (Barudy y Dantagnan, 2005; Gonzalo, 2009).

Lo que el niño/a siente ante el terapeuta es pavor que trata de manejar mediante estrategias controladoras. Probablemente, tratará de dominar y controlar a la figura del terapeuta, pues su mente está inundada de experiencias dañinas. Este control ha resultado adaptativo para su supervivencia. Dicha estrategia controladora ha de manejarse con amabilidad pero con firmeza, de tal manera que el niño aprenda que cediendo el control no será dañado. Esto puede llevar tiempo y se hace en el contexto de una relación terapéutica que le ofrezca seguridad.

En consecuencia, ante los niños/as con sus capacidades relacionales afectadas, cuyo patrón de apego puede manifestarse en el ámbito de la psicoterapia a través de la desco-

nexión, la aproximación, la disrupción o una mezcla incoherente de todas, en suma, con niños con apegos disfuncionales o trastorno de apego provocado por el trauma crónico, es necesario conducirles hacia formas de apego más seguras como actuación psicoterapéutica prioritaria, ayudándole a aprender, desde el propio modelo del terapeuta, patrones de relación adaptados nuevos, tratando de que las estrategias más desadaptadas disminuyan en su aparición. De este modo, el apego terapéutico es, para el niño/a, una manera de poder vivir una experiencia de apego nueva, sana y constructiva, aunque teniendo en cuenta que es imposible dar al niño lo mismo de lo que ha carecido, hay que evitar la omnipotencia del terapeuta. No obstante, el cerebro muestra su plasticidad toda la vida y siempre es posible obtener beneficios y ganancias terapéuticas (Véase Blakemore y Frith, 2007).

En la relación terapéutica, el niño va a aprender a tolerar estados emocionales intensamente desregulados (una de las nefastas herencias de los apegos disfuncionales es la afectación al sistema de regulación bioconductual de la persona). La permanencia externa del terapeuta reemplaza el déficit en la permanencia del objeto del niño/a, sobre todo en los casos más graves, hasta que el menor vaya siendo capaz de estabilizar sus emociones, deseos, intenciones... en sí mismo y en los demás (Rygaard, 2008). También vamos a ayudar al niño/a a reflexionar (con técnicas verbales o no-verbales, en función de las posibilidades del menor para hablar o no) acerca de dónde provienen esos estados desregulados, de su naturaleza. Y, finalmente, facilitaremos el que haga más eficientes los estados internos, enseñándole a canalizarlos adecuadamente a través del aprendizaje de nuevas estrategias relacionales y habilidades mentales (Steele, Nijenhuis y Van der Hart, 2008).

La relación sintonizada resonante con el terapeuta

Una manera de regular al niño, dentro de un apego terapéutico, es poseer la habilidad de saber sintonizar con él. Esto nos remite al segundo componente que vamos a proponer para su inclusión en el tratamiento psicoterapéutico, y que en la literatura científica viene propuesto por Daniel Siegel (Siegel, 2007).

Llevando a la psicoterapia este concepto, “sintonizar” quiere decir alinear el estado emocional del terapeuta con el del niño/a, de tal forma que conectemos cuando se sienta preparado para la conexión emocional y desconectemos o nos retiramos cuando el niño/a necesite porque lo vive como una invasión. Muchos fracasos terapéuticos y resistencias suceden porque los profesionales no somos capaces de adecuarnos al *patrón de danza relacional* del menor, si se nos permite la expresión.

Lo que ha caracterizado un apego seguro vivido con alta probabilidad por un niño/a que ha tenido cuidadores competentes y estables, es el alineamiento de los estados mentales del cuidador con los del bebé, de una manera prolongada y *suficientemente buena*, parafraseando a Winnicott (Winnicott, 2006). Es, como hemos dicho, como una *danza* en la cual el cuidador sintoniza, por ejemplo, reflejando la emoción, pero no manteniendo interacciones comunicativas cuando el niño/a las sienta incómodas o invasivas, o retirándose cuando el cuidador perciba que el niño/a las siente así. Esto es, un cuidador sensiblemente perceptivo a los estados internos del niño/a (Siegel, 2007).

Son conexiones del hemisferio derecho del adulto cuidador con el hemisferio derecho del niño/a (Siegel, 2007), pues éste es dominante en los tres primeros años de vida del periodo crucial en el establecimiento del apego (Siegel, 2007) Fallos graves en este proceso de vinculación con un cuidador durante esta etapa suelen traer como consecuencia un mayor deterioro de las futuras competencias emocionales, sociales y cognitivas del niño/a y, probablemente, del futuro adulto. En esta etapa se construye la capacidad de atribuir a los demás intenciones estables, esto es, la permanencia de objeto. Si no se lleva a cabo una relación de apego sintonizada (ni, como veremos posteriormente, un diálogo mentalizador con el niño/a) con el bebé es muy probable que presente trastorno del apego sobre todo si ha habido malos tratos, abandono, abuso... de manera prolongada (no hay si quiera un apego de base o éste se es paradójico, dependiendo de si la intensidad del daño emocional sucede durante el primer o segundo año de vida) (Rygaard, 2008).

Por lo tanto, si el niño/a ha padecido trauma crónico y ha carecido de manera prolongada de la experiencia de un apego seguro, es muy probable, como decimos, que presente un apego inseguro de tipo evitativo, ansioso-ambivalente o desorganizado. En los casos de trauma crónico, el patrón de apego que aparece de manera más frecuente es el desorganizado. En función de que el niño/a manifieste uno u otro, la manera en que el terapeuta puede contribuir desde el espacio terapéutico a que el niño/a camine hacia un apego más seguro es sintonizando con su patrón alineándose con el mismo.

Por ejemplo, con un perfil evitativo el terapeuta será habilidoso para sintonizar delicadamente debido el temor del niño a la conexión emocional. La conexión emocional se construirá gradualmente respetando la tolerancia del niño/a.

“Resonar” quiere decir que el terapeuta recoge las emociones del niño y le comunica que las siente. Hace sentirse sentido al niño/a que ha carecido de esta vivencia de manera extensa y adecuada en el tiempo ante la ausencia de vinculaciones seguras. En los vínculos de apego seguros, recordamos la experiencia de haber sido sentidos por alguien, un cuidador, durante un tiempo prolongado. Y ello es lo que nos ha proporcionado un sentido de nosotros mismos, de *self* (Siegel, 2007).

¿Qué le permite todo esto a un niño/a que ha padecido trauma crónico y que comienza una psicoterapia? Entre otras cosas, sentirse seguro e ir rompiendo y modificando el esquema mental de que la terapia es un lugar peligroso. Porque aunque racionalmente sabe que no es peligroso, su mente, fijada en *posición de supervivencia* (Ziegler, 2002), recuerda que es así, a través de la memoria implícita (memoria de sensaciones, olores, sonidos, estímulos visuales...). Y sentirse comprendido y ayudado sobre todo por alguien que, al fin, le reconoce el derecho a sentir rabia legítima por el daño que ha sufrido, algo que todo terapeuta debe de reconocer a su paciente víctima de malos tratos y/o traumatizado (Barudy y Dantagnan, 2005).

De este modo, sentamos las bases fundamentales para establecer una alianza terapéutica, mostrándose el niño/a motivado y confiado para comenzar a trabajar sus miedos, problemas, preocupaciones, sentimientos, conductas...

El diálogo mentalizador reflexivo

Durante el primer año de vida el niño/a comienza a percibir la intención en otra persona, usualmente su cuidador o cuidadores. La mente dispone de la habilidad para detectar que otra persona tiene una mente con un foco de atención, con una intención y un estado emocional (Siegel, 2007).

En definitiva, el niño adquiere el concepto de mentes de los demás. También se denomina teoría de la mente (Fonagy, 2004).

Los estudios neurológicos han comprobado que el hemisferio izquierdo es analítico, interpretador de los datos, pero carece de la capacidad de situar su significado en un contexto. El hemisferio derecho cumple esta función y es el llamado hemisferio mentalizador: capta las mentes de los otros y se conecta con las mismas como si de una red *wifi* se tratara, pudiéndose hablar de un *wifi neuronal* (Goleman, 2006). El hemisferio derecho, tiene, como decimos, en cuenta el contexto que rodea los datos analíticos para otorgarles su justo sentido y también la información de los componentes no-verbales de la comunicación (gestos, entonación...). Necesitamos, para una óptima adaptación ambiental, que los dos funcionen íntegramente. Sólo así podemos optar a una mente integrada y coherente (Siegel, 2007).

¿Qué ocurre cuando las experiencias son adversas, esto es, cuando el niño/a ha vivido de una manera continuada e intensa en el tiempo el abandono, la negligencia o el terror de unos padres violentos, por ejemplo? ¿Puede deteriorarse esta capacidad de mentalización?

Si las experiencias han sido muy sobrecargantes para el niño/a, se postula que se produce en el cerebro el bloqueo de las fibras del cuerpo calloso (órgano que conecta la información que transita entre los dos hemisferios cerebrales). Este es un mecanismo que bloquea la mentalización, haciendo que el niño no sintonice con el adulto como forma de adaptación (Siegel, 2007).

Las implicaciones para la psicoterapia con el niño traumatizado son varias. En primer lugar, puede interpretarse como

aparición de la resistencia de un niño/a a abordar un determinado contenido, cuando en realidad el menor no es capaz de conectar con el mismo ni con el terapeuta porque la función reflexiva se ha anulado como forma de adaptación mental y no como mecanismo de defensa. Para desbloquear esta función, hay que ofrecer, como veremos, medios seguros de expresión que no retraumatizen.

En segundo lugar, antes de empezar a implementar cualquier técnica de tratamiento psicoterapéutico para la consecución de diversos objetivos que nos hemos planteado con el niño/a, al menos con los menores que han sufrido trauma crónico, ha de evaluarse en qué medida está bloqueada y afectada la habilidad para la mentalización. Y comenzar, por lo tanto, a ayudar al niño/a a desarrollarla, prioritario a cualquier otra intervención técnica. De lo contrario, las intenciones positivas del niño/a hacia la psicoterapia se desvanecerán pronto, sucediendo de momento a momento, sin estabilidad. En tercer lugar, con este trabajo previo, prepararemos al niño/a para otros objetivos terapéuticos ulteriores.

Ya nos hemos referido a la imprescindible tarea psicoeducativa de que el adulto cuidador (normalmente los padres, pero no siempre) haya resonado emocionalmente al niño/a a lo largo de su desarrollo, pero especialmente entre los 0 y los 3 años, estimulando (sincrónicamente con su estado emocional) el hemisferio derecho mediante juegos, actividades lúdicas, interacciones afectuosas, verbalizaciones reflexivas... Por ejemplo, algunos niños/as institucionalizados en casas de acogida que han sufrido numerosas carencias físicas (desnutrición...) y afectivas (ausencia de estimulación emocional, etc.) y/o han vivido muchas interacciones hostiles o violentas, y/o han padecido amenazas continuas para su integridad física y/o psíquica, suelen presentarse ante el psicoterapeuta, incluso pasado tiempo después de los sucesos traumáticos, de una manera que impacta: escasa manifestación de conductas no-verbales, baja energía, tono emocional bajo... Se ha producido, probablemente, una escasa maduración del hemisferio derecho en este tipo de niños/as. Y el hemisferio derecho presenta una maduración dependiente de la experiencia (Siegel, 2007).

Cómo activar la función reflexiva en el niño/a

- Conectarnos emocionalmente cuando el niño/a se vaya mostrando dispuesto y confiado, respetar su nivel de tolerancia a la intimidad emocional y hacerlo gradualmente (apegos evitativos)
- Aceptar fundamentalmente al niño/a: su persona es siempre aceptada por el terapeuta (y así se lo explicita al niño/a) pero su conducta (si daña al terapeuta o a sí mismo) no es aceptada. Con el niño/a con apego desorganizado (usualmente disruptivo, que puede manifestar *acting out* incluso en la consulta) esto debe de verbalizarse claramente: "En este espacio no nos hacemos daño", por ejemplo.
- Realizar previamente a cualquier otra intervención terapéutica, una fase inicial de psicoeducación emocional, teniendo en cuenta que la mayoría de los niños/as con trauma crónico no han podido experimentar las emociones adecuadamente y no saben regularlas. Pueden situarse en una fase de desarrollo que no coincide con la edad cronológica. Tal y como sostiene Rygaard (Rygaard, 2008), la edad del niño con trastorno del apego hay que dividirla por 2, por 3 o por 4. Pueden estar en la fase entre los dos y los tres años en la cual la excitación emocional no es regulada por el lenguaje con suficiente eficacia, con lo cual pasan al acto con facilidad. Por lo tanto, juegos y actividades que impliquen el aprendizaje de las emociones son necesarios, aportando el psicoterapeuta el etiquetaje verbal de las mismas. También se puede realizar una psicoterapia de juego en la línea que propone Janet West (West, 2000) donde el terapeuta, jugando con el niño/a, refleja y amplifica las emociones y conductas del niño. Todo esto se postula que potencia la función reflexiva y así lo he podido comprobar en mi práctica clínica con los niños/as que han sufrido trauma crónico.
- Las técnicas de arteterapia (dibujo, plástica...) son una manera adecuada de favorecer la función reflexiva, además de que ofrecen al niño/a la posibilidad de trabajar sus problemas emocionales desde un *tercer elemento*, resultando así ser unas técnicas que no retraumatizan. El niño/a también aprende con ellas a atribuir intenciones, emociones, deseos...

a los personajes de los dibujos o a las creaciones artísticas. Actualmente, se está experimentando un auge de las técnicas de arteterapia en el tratamiento de los traumas. (Véase, por ejemplo, Malchiodi, 1998; López y Martínez, 2006).

- La técnica de la caja de arena, según la usa terapéuticamente Eliana Gil (Gil, 1991) es también una técnica que favorece la función reflexiva. Es una técnica muy útil cuando las personas no pueden hablar porque las palabras no están disponibles a consecuencia de un trauma y facilita la integración de lo disociado (ese mecanismo adaptativo que padecen las personas traumatizadas para hacer frente a una realidad que ha puesto en riesgo la integridad física y psíquica de la persona, distanciándose o separándose de recuerdos, percepciones, sensaciones... dolientes).

El uso de un *tercer o terceros elementos* (unos símbolos: muñecos, árboles...) constataría que esta técnica estimula la función reflexiva: El niño desbloquea la mentalización y va siendo capaz de depositar sus emociones, deseos, fantasía, temores... en un universo seguro (dentro de un espacio terapéutico que también debe ser seguro) que es un contenedor de la propia psique, pero vistos desde otros (los símbolos). De ahí que proceda lo de la teoría de la mente. Y por eso funciona como técnica, pues el menor percibe un suceso desde otras referencias, ayudándole a la comprensión de sus estados internos. Los muñecos, los árboles, las casas, los objetos, los seres no humanos... son las palabras; la escenificación en una caja de arena, es la gramática.

La consigna que se le da a la persona es atractiva de por sí: "Crea un mundo imaginario" o "Cuenta una historia" El niño/a coloca los elementos en la caja de arena (árboles, muñecos, piedras...) como desea. No hay reglas predeterminadas. El terapeuta actúa como un yo auxiliar que acompaña el proceso en todo momento. Después, cuando se termina, se observa el escenario desde distintos ángulos. Finalmente, se comenta y se habla del mundo, de los personajes, de lo que ocurre... siguiendo las preguntas y la guía del terapeuta. Se cuenta o se comenta si se quiere, no es imprescindible. Se termina fotografiándolo, pues después se recoge.

EL TRABAJO DE RECONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA DEL NIÑO

s historias de vida de los niños/as que han padecido trauma crónico suelen acompañarse de un epíteto que solemos utilizar los profesionales que trabajamos, desde distintos ámbitos, en la protección a la infancia: dureza. El niño/a que presenta un apego inseguro, evitativo, ansioso-ambivalente o desorganizado como consecuencia del trauma del abandono, de los malos tratos y/o el abuso sexual está en una situación de vulnerabilidad.

En el marco terapéutico nos encontramos con niños/as traumatizados que se caracterizan por presentar narrativas de su vida incongruentes, fragmentadas y con un flujo restringido de información (Siegel, 2007). A menudo eluden hablar de ello por el profundo sentimiento de terror y desgarramiento interno que les invade. O presentan una incapacidad para la verbalización por diversas causas (retrasos del desarrollo, el trauma bloquea el lenguaje verbal...). También es posible que el impacto de los traumas se haya producido entre los 0 y los 2 años, edad en la cual la memoria que predomina es la implícita y no exista una memoria de los hechos. Entonces, se postula que el menor recuerda sin tener la sensación de que está recordando cuando actúa el trauma (Siegel, 2007).

Es conocido que una narración da sentido y orden a la mente. Necesitamos de las narraciones para organizar nuestras mentes y llegar a comprender y aceptar nuestras vivencias.

Cuando incluimos el objetivo en la terapia de ayudar al niño/a a construir una narrativa que dé sentido a sus duras vivencias debemos hacerlo desde la convicción de que vamos a ayudar a integrar los recuerdos de sentimientos, vivencias y pensamientos que permanecen apartados o disociados. Son como partes emocionales escindidas de una parte de la personalidad aparentemente normal (Steele, Nijenhuis y Van der Hart, 2008).

Una narrativa co-construida con el terapeuta ayuda a la integración de la mente haciendo que ésta se torne más coherente. Entonces, los patrones de mente del niño/a, y de su

conducta, se vuelven más flexibles, que son los propios de un apego seguro (Siegel, 2007).

La integración es, pues, un reto y un objetivo ineludible de la psicoterapia para el niño/a crónicamente traumatizado. Puede incluso marcar la trayectoria de los futuros jóvenes y adultos hacia la resiliencia o hacia la vulnerabilidad y la probabilidad alta de aparición de trastornos mentales (Barudy y Dantagnan, 2005).

El trabajo terapéutico de construcción de historia de vida con el niño/a se acomete en las fases finales de la terapia, cuando ya existe un apego terapéutico y cuando el niño/a se ha sentido *sentido* por el terapeuta a través de los procesos de sintonización, resonancia y mentalización que hemos descrito. También es necesario subrayar que este trabajo se lleva cabo con los niños/as que tienen cubiertas las necesidades básicas, viven en un entorno protegido y no están sometidos a estrés o vaivenes como el *síndrome del peloteo* al que Jorge Barudy se refiere. Una muestra de este síndrome lo tenemos en el menor tutelado por la administración que circula de la familia de origen al centro de acogida, y de éste a la familia de acogida. Y si fracasa el acogimiento porque administrativamente no se evaluó adecuadamente la viabilidad del mismo, de nuevo al centro de acogida. Y de aquí quizá se plantee, de nuevo, el regreso a la familia de origen aún a sabiendas de que no es posible... Pero el niño/a escucha que quizá vuelva a su casa y se siente, como muy bien metaforiza Jorge Barudy, como una pelota, (Barudy y Dantagnan, 2005). Esta es la realidad con la que nos enfrentamos muchos profesionales en nuestro trabajo en el ámbito de la protección a la infancia.

En estos casos, la psicoterapia está contraindicada. Pues trata de actuar sobre conductas y síntomas que el niño/a necesita para su propia supervivencia. Es más adecuado proponer una *tutorización de resiliencia*, tal y como sugieren Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan, psicoterapeutas que llevan muchos años trabajando con los niños/as víctimas de traumatismos provocados por los malos tratos. (Barudy y Dantagnan, 2005).

La demanda de tratamiento psicoterapéutico debe ser, pues, analizada cuidadosamente por el profesional atendiendo

al análisis del contexto del niño y sobre todo a que sus necesidades y derechos básicos estén satisfechos.

Muchas veces, la psicoterapia no es la medida de tratamiento o atención que un menor precisa y hemos de plantearnos su conveniencia (véase también Soriano Sala, 2009).

Algunos aspectos a tener en cuenta al abordar el trabajo de reconstrucción de historia de vida del niño

- Comprende y así se lo hace saber al niño/a, que es una empresa difícil y dolorosa, pero que le ayudará a comprender lo que le ha pasado y que a la larga se sentirá mejor, más regulado emocionalmente. El niño/a siente que el terapeuta no tiene miedo a trabajar su historia, por lo que nuestra propia contratransferencia debe ser analizada. Los niños/as traumatizados generan una amalgama muy intensa de emociones en el terapeuta: pena, angustia, miedo... y éste ha de ser consciente de ellas.
- Le brinda todo su apoyo para recogerle emocionalmente, a la par que se muestra seguro para empezar y continuar el trabajo de elaboración de la historia de vida.
- Elige, juntamente con el niño/a, el momento más adecuado para hacer este trabajo, aunque no lo empezará hasta que exista confianza hacia el terapeuta.
- El terapeuta tiene fe en este trabajo y así se lo verbaliza y hace sentir al niño/a.
- El terapeuta echa mano de colaboradores (familiares, educadores...) si es preciso y conveniente para esta tarea.
- El terapeuta avisa a la red social del niño/a que va a comenzar esta narrativa elaboradora y pide que se le contenga y apoye emocionalmente. También pide a la red social que sea cálida pero firme para que el niño continúe.
- El terapeuta no trabaja historias de vida y ayuda a aportar narrativas si el niño/a no está protegido.
- El terapeuta trabaja la narrativa con técnicas que no retraumatizan y que se adapten al nivel de organización psíquica y de desarrollo del niño/a.

- El terapeuta primero indaga y explora qué sabe el niño de su historia, qué narrativa se ha construido y cuánto de componente de fantasías, deseos... hay.
- Técnicas adecuadas para trabajar (también permite hacer una valoración) la historia de vida son: (1) El álbum de historia de vida. Los niños/as que han padecido trauma temprano, que no han vivido con su familia biológica o han tenido diferentes lugares de vida, pueden llegar a tener una representación fragmentada de su historia y así mismo de su identidad, de esta manera, llega a ser más difícil tomar consciencia de su historia personal y familiar y asociarla a sus dificultades presentes. Con el álbum de vida, los niños/as pueden conectar con su historia, organizar sus ideas, sus recuerdos y construir una narrativa coherente e integrada que les permite desarrollar una identidad y personalidad integrada. Se trataría de organizar un álbum que incluya fotografías, textos, recuerdos, fechas, dibujos..., estableciendo una línea del tiempo. El terapeuta ayudaría, a partir de esta creación, al niño/a a estructurar el álbum, introduciendo una narrativa de su historia y apoyándole para afrontar los momentos más dolorosos. (2) El juego enfocado (West, 2000) Permite que el niño/a, a través de personajes, pueda jugar, con la labor facilitadora del terapeuta (West, 2000), una historia que sea similar a la que al niño le haya acontecido, introduciéndose una narrativa elaboradora. Es un procedimiento seguro y no retraumatizante. (3) La caja de arena también permite el trabajo de historia de vida. (4) Y, finalmente, la creación de una narrativa a través de cuentos e historias similares a las que el niño ha vivido.

BIBLIOGRAFÍA

- BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. (2006). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- BLAKEMORE, S.J. y FRITH, U. (2007). *Cómo aprende el cerebro. Las claves para la educación*. Barcelona: Ariel.
- BOWLBY, J. (1998a). *El apego y la pérdida 1. El apego*. Barcelona: Paidós.

- BOWLBY, J. (1998b). *El apego y la pérdida 2. La separación*. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (2004). *El apego y la pérdida 3. La pérdida*. Barcelona: Paidós.
- FONAGY, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: ESPAXS.
- GIL, E. (1991). *The healing power of play: Working with abuse children*. New York: The Guilford Press.
- GOLEMAN, D. (2006). *Inteligencia social. La nueva ciencia de las relaciones humanas*. Barcelona: Kairós.
- GONZALO, J. L. (2009). *Guía para el apoyo educativo en el ámbito escolar para niños con problemas de aprendizaje y conductuales severos como consecuencia de un trastorno del apego*. Edición digital: Librosenred.com.
- LÓPEZ, M. y MARTÍNEZ, N. *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor.
- MALCHIODI, C. (1998). *Understanding children's drawings*. New York: The Guilford Press.
- RYGAARD, N. P. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.
- SIEGEL, D. (2007). *La mente en desarrollo: cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- SORIANO, A. (2009). La psicoterapia en el proceso de transición hacia la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 47, 35-50.
- STEELE, K., NIJENHUIS, E. y VAN DER HART, O. (2008). *El yo atormentado: la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- WEST, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.
- WINNICOTT, D. W. (2006). *Obras escogidas I*. Barcelona: RBA Editores-Biblioteca de Psicoanálisis.
- ZIEGLER, D. (2002). *Traumatic experience and the brain*. Phoenix: Arizona Acacia Publishing.

EL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL “CONTINENTE Y CONTENIDO”*

Juan Larban Vera**

Sin un modelo de referencia es como navegar sin rumbo hacia un puerto de destino inalcanzable y con grandes riesgos de perderse en el camino. Por otra parte, sin conocer el punto de salida y de llegada, es imposible trazar el rumbo que necesitamos.

La encuesta que sobre las necesidades de atención en salud mental se hizo entre los asociados de la Asociación Pitiusa, (Ibiza y Formentera) de Familiares de Personas con Enfermedad Mental y de niños y adolescentes con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo, (APFEM) y el modelo de atención que elaboramos los profesionales de dicha asociación en estrecha interacción con la asociación y su junta directiva sirvió para dar respuesta técnica a los resultados de la encuesta. Al mismo tiempo, se trataba de dar cuerpo, es decir, crear un continente, (modelo de atención para responder a las necesidades detectadas), que se llenase de contenido y le diese un sentido, (encuesta de necesidades, demanda y respuesta a las mismas), a esta metáfora de navegantes.

* Transcripción revisada, modificada y actualizada en octubre del año 2008, de la ponencia presentada en la Jornada de Análisis: “Salud Mental a les Illes Balears” celebrada en Palma de Mallorca, el 2 de noviembre del año 2000. Promovida y organizada por la Consellería de Salut y Consum del Govern de les Illes Balears. Mesa redonda “El model d’atencio als problemes de salut mental”.

** Psiquiatra y Psicoterapeuta. Ibiza. E-mail: juan.larban@gmail.com

Al estudio de necesidades y a la demanda surgida de la encuesta había que proporcionarles un continente, desarrollar un contenido y darle a uno y otro un sentido. Así surgió el “Modelo de atención a la salud mental que deseamos” fruto del trabajo de dicha asociación (febrero de 2000), el cual ha sido recientemente revisado y actualizado (octubre de 2000).

Para hablar sobre todo del continente y contenido, así como del sentido que se le puede dar a ambos en la planificación, puesta en práctica y desarrollo del modelo de salud mental en nuestra comunidad es para lo que se me ha invitado a venir aquí.

Expondré brevemente las principales características del modelo comunitario de atención a la salud mental que hemos elaborado.

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Características:

- Público. Sin excluir la participación privada, pero con garantías y control desde lo público.
- Comunitario. *De y En* la comunidad y *Para*, la comunidad. Participación de la comunidad, a través de las asociaciones de afectados y sus familiares en la planificación, creación y gestión de los recursos y dispositivos asistenciales.
- Racional. Respuesta a las necesidades de los usuarios y NO en función de una oferta de servicios.
- Equitativo. Proporcionalidad respecto al grado de necesidad y NO respecto a criterios meramente políticos o economicistas.
- Atención integral. Bio-psico-social. Equipos multiprofesionales e ínter disciplinares.
- Prestaciones terapéuticas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras (variedad de prestaciones y orientaciones terapéuticas reconocidas científicamente y con profesionales debidamente formados y acreditados por sociedades científicas).

- Coordinación de los dispositivos de la red asistencial. Trabajo en Red. Continuidad de cuidados. Psiquiatra o terapeuta de referencia.
- Planes terapéuticos y de rehabilitación psico-social individualizados y estrechamente imbricados entre sí. No separarlos.
- Inserción socio-laboral.
- Atención especializada e integrada en un segundo nivel asistencial dentro del sistema sanitario general.
- Respetar especificidades de formación y labor de los profesionales. Formación continuada. Cuidados del cuidador profesional.
- Trabajo de equipo, inter disciplinar y multiprofesional.
- Responsabilidad asistencial territorializada. Áreas sanitarias. *Tener en cuenta la insularidad.*

En la mesa redonda titulada “El modelo de atención a los problemas de salud mental” constituye un hecho significativo el que el ponente que ha realizado un resumen histórico de la atención en Salud Mental sólo lo haya hecho de la isla de Mallorca, olvidando el resto de las islas que forman las Baleares.

Este modelo comunitario de atención a la salud mental ha de concretarse a través de la creación y desarrollo de una red de dispositivos (unidades o estructuras) asistenciales para la atención de la salud mental de la población, dentro de la red sanitaria.

Eje terapéutico y rehabilitador del modelo. Propuesta:

Eje terapéutico:

- Unidad de Salud Mental de Adultos.
- Unidad de Salud Mental de Ancianos.
- Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil.
- Atención Domiciliaria y en Crisis.
- Hospitales Psiquiátricos de Día (Adultos, Ancianos e Infante-Juvenil).
- Unidad de Hospitalización Breve (psiquiátrica).
- Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (psiquiátrica).

Eje rehabilitador:

- Centro Terapéutico de Rehabilitación Psico Social de día (Adultos, Ancianos e Infante-Juvenil). Centros Ocupacionales de Pre-Inserción Laboral.
- Atención Domiciliaria y en Crisis.
- Club Socio-terapéutico de Ocio y Tiempo Libre (Adultos, Ancianos e Infante-Juvenil). Pisos Tutelados y Residencia de Respiro Familiar (Adultos, niños y adolescentes).
- Residencia Asistida de media estancia para psicopatología sub-aguda.
- Rehabilitación e Integración Socio-Laboral.
- Fundación Tutelar.

Es fundamental la interacción y coordinación constantes entre ambos ejes, el terapéutico y el rehabilitador, por los que "circula" el paciente y su familia, en función de sus necesidades y periodos evolutivos.

Hace falta voluntad, conocimientos y motivación profesional y política, así como comunitaria, para aplicar y desarrollar este modelo de forma coherente, respetando cuidadosamente sus características (para no desvirtuarlo) y llevándolas adelante, hasta sus últimas consecuencias si lo que se pretende de verdad es proporcionar una adecuada cobertura asistencial en la que predomine la calidad de la atención, además de la cantidad (recursos suficientes).

Una buena atención en salud mental no depende solamente de la cantidad de recursos disponibles, sino también de su diversidad y calidad. Esto implica equipos multiprofesionales e interdisciplinarios que den respuesta a la complejidad bio-psicosocial del ser humano, que estos equipos sean suficientes y bien formados en cuanto a calidad y variedad (profesionales y escuelas o modelos teórico-prácticos de intervención). Es también muy importante que estos profesionales y equipos estén receptivos y disponibles para implicarse en la necesidad de cambio y aprendizaje continuados que supone un trabajo como el nuestro.

Consideramos fundamental que la red de dispositivos asistenciales comunitarios pueda dar respuesta a las necesidades

evolutivas y terapéuticas de los usuarios. Necesidades evolutivas cambiantes a las que tienen que adaptarse los recursos profesionales e institucionales para dar una respuesta terapéutica adecuada a las mismas.

Criterios de eficacia terapéutica. (Dentro de los límites de la propia patología del sujeto y entorno inmediato).

1. Personalidad del terapeuta, su motivación, formación y experiencia. Dentro de la personalidad: congruencia, capacidad para hacer frente, elaborar e integrar las necesidades evolutivas de cambio interno y externo. Capacidad de acceso y contención así como elaboración de sus vivencias emocionales e inconscientes. Capacidad de espera en una escucha receptiva y activa. Capacidad de empatía, necesaria para establecer una buena alianza terapéutica.
2. Calidad de la relación terapéutica. Dependerá en un aspecto fundamental como veremos después, de la capacidad institucional y profesional para crear un continente que permita la elaboración de un contenido, dando sentido a uno y otro a la vez que a nuestras intervenciones terapéuticas.
3. Adecuación de la respuesta terapéutica a la demanda y en función de las necesidades del paciente-usuario y su familia.

Quiero expresar aquí mi profundo desacuerdo con lo que se dice y, fundamentalmente, por lo que no se dice, sobre algunos criterios pronósticos en cuanto al riesgo de cronificación de la persona con enfermedad mental, poniéndose el acento en el número de crisis o descompensaciones psíquicas y su gravedad, con necesidad de hospitalización.

Lo que no se dice, es que ese mal pronóstico depende también del grado de egocentrismo y de cronificación de los profesionales y dispositivos asistenciales cuando son incapaces de llevar a cabo ese proceso de adecuación de la respuesta terapéutica al paciente (y familia) y a sus necesidades.

Dicho de otro modo y cito textualmente lo escrito por el Dr. Rubén Caridad en su proyecto de Centro Terapéutico de Rehabilitación Psico Social de Día elaborado por y para APFEM:

“Es importante señalar que el curso del proceso que condiciona la gravedad y la evolución hacia la cronicidad dependerá de la atención recibida, la coherencia de los procedimientos terapéuticos y la continuidad de los mismos”.

Sintetizando, diré que de poco sirve tener muchos profesionales y dispositivos institucionales si el paciente y su familia, a lo largo del doloroso recorrido (que la enfermedad les impone), por la red asistencial, no van encontrando lo que buscan y necesitan en términos de salud y posibilidad de cambio. De nada sirve lo que queramos hacer, e incluso lo que hacemos y decimos aquí, si el usuario de nuestros servicios en lo que a salud mental se refiere no se siente acogido, escuchado, comprendido, acompañado, sostenido, contenido y bien tratado en los dos sentidos del término (1. trato, de relación y 2. tratamiento, de prescripción).

Conseguir esto sería para el paciente y su familia así como para los profesionales que les atienden y los dispositivos asistenciales que los contienen, encaminarse hacia ese punto de destino del que hablábamos al referimos a la navegación sin perder el rumbo. El punto de destino sería acercarnos lo más posible hacia la curación y no solamente tratar los síntomas.

Aunque tuviésemos un suficiente, variado y buen continente (Plan de Salud Mental, profesionales, dispositivos asistenciales, etc.), ¿de qué nos servirían si no logramos darles el sentido y contenido adecuados? ¿De qué nos sirve tener los recursos adecuados para nuestro trabajo si no disponemos de tiempo, espacio y deseo suficiente para pensar en lo que queremos hacer, lo que hacemos y cómo lo hacemos?

Cito ahora textualmente del documento de APFEM (Modelo y Encuesta) que he comentado anteriormente lo siguiente:

“Pensamos que es importante para cualquier territorio o área, contar con un número adecuado de dispositivos sociales y sanitarios (hospitales, centros, residencias, etc.); pero esto, si bien es una condición necesaria, no es suficiente para prestar una atención integral al usuario. Creemos que tiene mucha mayor importancia el contenido y tipo de atención que se va a dar, el sentido que tendrán las intervenciones psicoterapéuticas (institucional, grupal, familiar e individual) y, en definitiva, el

trabajo que se va a hacer en estos dispositivos con los pacientes y los familiares”.

Dicho con otras palabras, el éxito o fracaso de la Reforma de la Atención Socio Sanitaria en Salud Mental de Baleares, no reside tanto en el continente (lugar o estructura física donde se dé) como en el contenido (forma de trabajar de los profesionales) y del sentido que se dé a nuestras intervenciones terapéuticas.

Cuando desde APFEM se dice que para empezar bastaría con cuatro paredes, mesa y dos sillas “sin chinchetas en el asiento”, pero sabiendo bien lo que se hace con todo eso, creo que de forma metafórica se están refiriendo a lo que ahora les estoy comunicando. Les dejo por el momento adivinar lo que pueden significar dichas chinchetas. Con mucho gusto les responderé luego si me lo preguntan. Entiendo que se quiere también expresar a través de este simbolismo el hecho de que no hay que esperar a que el marco de nuestro trabajo esté terminado para crear, elaborar y darle al mismo tiempo un sentido a uno y otro de los elementos de la interacción (continente-contenido), así como al resultado de la misma que es en este caso la respuesta terapéutica.

En los espacios como este, en los ya creados como las Comisiones Institucional y Técnica, así como el Foro de Participación de Entidades Ciudadanas de Salud Mental y en los espacios por crear, no debería nunca perderse de vista este aspecto de la cuestión.

Con frecuencia oigo decir a los usuarios de la red de atención en salud mental: “no queremos más de lo mismo”. Es decir, queremos también algo diferente a lo que hay hasta ahora. Una forma diferente de trabajar, escuchar, comprender, funcionar y tratar desde los equipos y dispositivos asistenciales, a las personas enfermas y sus familias.

Si la psicoterapia, (que pone el acento en la relación terapéutica y lo psíquico, entre otros elementos importantes), que es una prestación sanitaria así como también lo es la rehabilitación psico social, a las que por ley tienen derecho los ciudadanos que las necesiten, estuviese más presente en el trabajo, formación y funcionamiento de la red sanitaria en salud mental

(y en especial la psicoterapia de orientación psicoanalítica, que por ahora es más bien una reivindicación), fuese una realidad asistencial pública en Baleares, probablemente yo no estaría hoy hablándoles de esto. No sería necesario. En el Plan Autonómico de Salud Mental y en las propuestas que a corto y medio plazo ha hecho recientemente la Comisión Técnica Institucional, poco o nada se dice sobre estos aspectos cualitativos que mencionamos. No obstante, me consta que el deseo existe por escuchar, comprender, y quizás, mejorar y desarrollar este aspecto de la cuestión. Se me invitó a venir con esta finalidad.

Quisiera hablarles ahora de los espacios-tiempo asistenciales y formativos que creo pueden ir haciendo realidad el proceso de cambio que les estoy comentando. Espacio-tiempo continente que posibilita el trabajo psicoterapéutico sobre el contenido (mundo psíquico interno) dándole un sentido y contribuyendo creativamente a transformarlo (cambio desrionificador).

ESPACIO-TIEMPO INSTITUCIONAL

En la Institución se va creando el continente terapéutico, se elabora el contenido y se le da sentido a las intervenciones psicoterapéuticas institucionales y profesionales. Lo importante será la forma cómo se llevan a cabo las actividades e intervenciones, cómo se van a seleccionar los hechos significativos y el manejo terapéutico de los mismos.

El proceso de creación de este espacio-tiempo institucional requiere la participación activa de los equipos profesionales, y en algunos aspectos del funcionamiento institucional, también de los usuarios y familiares. El modelo de psicoterapia institucional contempla todas las intervenciones y actividades institucionales, sean o no definidas como terapéuticas, con un contenido y sentido potencialmente terapéutico. Cuantos más totales sean los cuidados y dispositivos asistenciales, más importancia tiene esta perspectiva terapéutica institucional global.

La gravedad de la patología, o de la crisis, la regresión y dependencia del paciente que necesita, por ejemplo, de una hospitalización y cuidados más completos y durables, hacen mayores los riesgos de cronificación, hospitalismo y acción iatrogénica institucional. Suele ocurrir que el disfuncionamiento institucional necesite de un análisis y tratamiento para que dicha disfunción no repercuta sobre sus pacientes-clientes. A cambio, las posibilidades terapéuticas, según el uso que se haga de ellas y de la propia institución tendrían que ser mayores y mejores dado que el paciente pasaría en este caso casi todo su tiempo en lo que se pretende sea una institución o dispositivo terapéutico.

La creación de ese continente institucional, incluido el elemento arquitectónico, si bien es importante, no es suficiente. Hay que valorar también el clima o ambiente terapéutico que se “respira” en la institución.

ESPACIO-TIEMPO DEL EQUIPO TERAPÉUTICO Y DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Si el continente de la patología y de la crisis del paciente es el terapeuta, éste a su vez tiene que encontrar contención y “cuidados” suficientes en su evolución y formación personal, así como profesional, intra y extra institucional. Sería fructífero tomar ejemplo de las asociaciones de familiares de afectados que han comprendido la importancia de los cuidados del familiar para la mejora significativa de la persona afectada. Tanto más que la familia sigue sustituyendo y supliendo la falta de recursos asistenciales públicos con sus propios cuidados al afectado. Estamos hablando de la conveniencia de enfocar también la formación continuada hacia la idea de la importancia de los cuidados del cuidador profesional para mejorar la calidad asistencial y también evitar el “síndrome del profesional quemado”.

La contención del terapeuta en el equipo terapéutico puede hacerse con la creación de espacios-tiempo institucionales destinados a la formación continuada. Lugares en los que la formación se hace en estrecha e indisoluble interacción con el trabajo clínico cotidiano realizado.

He aquí algunos ejemplos:

- La elaboración conceptual teórico-práctica en equipo y desde lo institucional de aspectos clínicos tan importantes como pueden ser el concepto de crisis y/o descompensación psíquica, el concepto de alianza y relación terapéutica, así como el de finalidad terapéutica y fin del tratamiento, por no enumerar más que algunos de ellos, puede contribuir enormemente a dar coherencia, sentido terapéutico y eficacia a nuestro trabajo.
- Hay una gran diferencia entre conceptualizar la crisis y descompensación psíquica como el estallido y emergencia de síntomas que hay que tratar de suprimirlos cuanto antes, y la visión de esa misma crisis psíquica como la incapacidad del sujeto que la padece para hacer frente a una necesidad evolutiva de cambio interno y/o externo. En este segundo caso habría que ayudarle más bien a contener, analizar, comprender e integrar, dándole sentido a lo que está viviendo.
- La implantación de la supervisión individual y grupal, intra y extra-institucional contribuiría enormemente en la mejora de la calidad asistencial y en los cuidados del cuidador profesional.

EJEMPLOS CLÍNICOS

Si les hablo ahora de Andrés, Fernando, Ana y Luis, es porque para mí y espero que también para ustedes, sea una forma de proporcionarles a ellos también, un espacio-tiempo donde su palabra pueda ser escuchada.

TESTIMONIO DE ANDRÉS

Es un joven de veintitrés años que he conocido recientemente. No estudia y tampoco trabaja.

Desde hace dos años presenta ideas delirantes que han ido desarrollándose y agravándose cada vez más, hasta el punto de que casi no vive más que por y para ellas. Ha sido atendido en la red pública de salud mental y por un psiquiatra

privado. Ha sido diagnosticado de esquizofrenia paranoide resistente a la medicación. Cuando en las primeras entrevistas me habla de lo que le pasa en su cabeza y abordamos los miedos que acompañan su deseo de venir a verme con frecuencia y regularidad, me dice, tras momentos de silencio en los que me observa atentamente, lo siguiente:

1) Porque... tengo mis ideas... pero no estoy loco... 2) ... porque no quiero que me quiten mis ideas... 3) ... porque hace mucho tiempo que las tengo y para algo me sirven.

Cuando todo esto se aclara y Andrés ve que de lo que se trata ahora es de comprender y ver qué sentido tiene para él lo que está viviendo, es cuando podemos establecer las bases de una alianza terapéutica, tarea en la que estamos implicados actualmente los dos. Sin alianza terapéutica no hay posibilidad de trabajo ni eficacia terapéutica, tanto en lo relacional como en lo farmacológico. Si no somos capaces de identificarnos parcialmente y transitoriamente con lo que vive el paciente, poniéndonos en su lugar pero sin confundirnos con él, no podemos esperar que él a su vez se identifique con nuestro método de trabajo y actitud terapéutica.

Andrés nos está diciendo que para escapar de una realidad, él se ha creado otra que de momento no quiere ni puede abandonar, sin algo mejor a cambio. Es como si Andrés nos estuviese poniendo a prueba, enfrentándonos a la paradoja frecuentemente vivida por la persona con enfermedad mental grave. Paradoja que podría expresarse desde su punto de vista en los siguientes términos: "Es de locos querer dejar de serlo".

TESTIMONIO DE FERNANDO

Es un joven de veintisiete años que lleva tres en tratamiento psiquiátrico-psicoterapéutico y farmacológico; primero en la red pública y luego, atendido y tratado por un profesional privado. Tiene el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, cuenta con buen apoyo familiar y con trabajo en el negocio de la familia.

Su evolución y pronóstico son mucho mejores que en el caso anterior. Con su terapeuta ha podido pasar, tras veinte meses de tratamiento, de la relación médico-paciente a una relación psicoterapéutica.

Viene a verme recientemente porque su psicoterapeuta ha tenido que marcharse a vivir y trabajar a la Península. Quiere continuar el trabajo en el que estaba implicado. Es decir, desea reconstruir internamente lo que ha vivido, encontrarle un sentido e integrarlo en su propia evolución e historia personal. Quiere también un futuro que sea mejor que su pasado.

ESPACIO-TIEMPO PSICOTERAPÉUTICO

El testimonio que transcribimos a continuación, es un ejemplo muy ilustrativo de cómo un espacio-tiempo psicoterapéutico, puede ser creador de un continente corporal y psíquico que permite, a través de la relación psicoterapéutica un proceso de cambio creativo del mundo interno del paciente (contenido) y del sentido que éste va dando a su sufrimiento y a su vida.

En este testimonio, la paciente relata su experiencia corporal y psíquica vivida en el proceso psicoterapéutico y en la relación con su psicoterapeuta, desde la posición de observadora.

TESTIMONIO DE ANA

“Cuando se tumbó en el diván se dio cuenta del cambio que había experimentado en todos esos años.

El espacio era el mismo de siempre. Una dulce penumbra invadía la habitación, era un espacio muy cálido, acogedor. El diván era granate.

Le vinieron imágenes de la primera vez que se tumbó en él y se vio indefensa.

Cuando el Otro la guiaba para que aprendiera a relajarse, apenas podía respirar, su cuerpo estaba tenso, en su interior todo era negro y de repente caía en un pozo muy negro. El Otro que sentía esa sensación la cogía del brazo y la rescataba

de esa caída sin fin. En otras ocasiones sus manos o sus pies quedaban helados, no hacía frío, pero temblaba y el Otro con sus manos le daba el calor que necesitaba, ese calor le permitía no sentir miedo.

Poco a poco fueron apareciendo imágenes dentro de ese negro espacio, eran opresivas, como si estuviera encerrada dentro de un grano de uva del que no podía salir aunque con sus manos empujara con fuerza las paredes. Salía de su estado de semi-relajación angustiada. Cuando lo contaba lloraba desconsoladamente, el Otro sentía el mismo desconsuelo y la animaba a no cortar ese llanto, a soltar esa emoción que no tenía palabras pero que desgarraba todo su interior.

También, recordó la sensación de crecimiento. Después de esa primera etapa tan oscura, salía de la relajación más larga, los pies le salían del diván. Ya había empezado a relajarse de verdad, ya podía confiar en el Otro, sabía que si le ocurría alguna cosa acudiría en su ayuda, él estaba siempre atento a cualquier cambio. Poco a poco crecía, no sólo físicamente, también su confianza en el Otro y en ella.

Después de las imágenes, fueron apareciendo las palabras. Ya no hacía falta verbalizar lo que había ocurrido en la relajación. Llegaba, se tumbaba, cerraba los ojos, respiraba y ya estaba relajada y podía hablar de las cosas que iban apareciendo en su mente. Seguían siendo palabras dolorosas pero el llanto ya no era tan desgarrador y seguía confiando en que el Otro la comprendía.

Las palabras dieron paso a otra cosa, nueva; no necesitaba hablar, y el Otro seguía comprendiéndola. Llegó el Silencio. Aprendió a jugar dentro de ese silencio con las imágenes que aparecían en su mente. Aprendió a estar sola con sus pensamientos sin tener miedo de ellos, porque estaba el Otro y con el Otro, y eso, le daba confianza.

Eso le permitió conocer la sensación de estar sola sin sentirse sola. En esa sensación, incluso fuera de ese diván, sentía en su interior la presencia del Otro lo que le infundía una gran confianza en ella misma y la alejaba del miedo que sentía.

Se podía enfrentar a sus emociones sin temerlas. Podía vivir su rabia, su amor, su dolor y ya no los temía.

Hoy tenía ganas de contar su último descubrimiento. Se había encontrado durante un corto viaje en metro en un lugar nuevo. No estaba dormida, no estaba despierta. Estaba en un lugar que estaba en su interior pero no desconectado del exterior, de hecho no se saltó su parada de metro. Y en ese lugar, tan parecido al de relajación de las sesiones, se encontró montando la obra de teatro que había pensado dirigir. Otra noche, en el bar, mientras cenaba, se dio cuenta de cómo hacer un trabajo, cómo organizarlo y le vino a la cabeza sin pensar en él. Era para ella un espacio nuevo.

No era el mundo de fantasía donde ella se había encontrado en más de una ocasión, organizando historias sobre su futuro e imaginando cosas imposibles.

Cuando salía de ese mundo de fantasía y se enfrentaba con la realidad se sentía mal porque nunca podría llegar a esas cosas. Era frustrante.

Ahora no, era un lugar donde podía crear y llevar a cabo después las cosas que había creado. Sí, hoy tenía muchas ganas de contar su descubrimiento”.

En este testimonio de Ana, vemos cómo su espacio interno oscuro, frío, angustioso, amenazante y claustrofóbico va transformándose en un espacio con imágenes además de sensaciones; también sentimientos y palabras.

La percepción espacio-temporal (continente corporal y psíquico) cambia de la sensación de enclaustramiento a la de crecimiento. El silencio se llena de contenido y de sentido creativo y lúdico permitiéndole estar sola sin sentirse sola.

A lo largo del recorrido efectuado por la paciente en su proceso psicoterapéutico sentimos la presencia y acompañamiento discreto del terapeuta y de su mundo interno lo que permite progresivamente la transferencia, su interiorización y la transformación del mundo interno de la paciente en la interacción asimétrica y recíproca entre ambos.

Creación de un lugar nuevo, donde la realidad interna del sujeto se convierte en una ensoñación creativa y lúdica que no es sólo refugio sino también y sobre todo un espacio transicional que permite llevar a cabo en la realidad externa lo que hemos creado y desarrollado en nuestro mundo interno.

Vamos a darle ahora un espacio-tiempo interno de palabra a Luis, un chico víctima de una situación de acoso escolar que le cuenta sus vivencias a su psicoterapeuta a través de una carta que escribe a su amigo imaginario Javier.

HISTORIA DE LUIS (14 AÑOS)

Apreciado Javier:

Te he echado mucho de menos desde el día que te fuiste a estudiar a Madrid y a pesar de dudar mucho, quiero contarte lo que me pasa con dos compañeros de mi clase. Sobre todo con dos.

Creo que tengo un problema que tienen muchos otros chicos. Me siento marginado por esos dos compañeros.

Lo he pensado muchas veces y he intentado descubrir por qué lo hacen, porque creo que soy bueno o intento serlo siempre, no me gusta hacer malas jugadas, (tú me conoces bien), ni me río de los demás.

Desde hace bastante tiempo las cosas empezaron a cambiar, los dos compañeros comenzaron a fastidiarme con mucha intensidad. Yo lógicamente me defendía, pero ellos seguían, y ¿sabes lo que más me dolía y me duele de todo esto? Que los demás compañeros de la clase no hacían nada por evitar las putadas y encima les reían las gracias, sin darse cuenta de la rabia y sufrimiento que eso me producía.

Además y poco a poco dejaron de invitarme a todos los cumpleaños del resto compañeros. Yo he llegado a preguntarme, ¿tanta influencia pueden tener algunos para que los demás me quieran marginar también? Y sobre todo ¿por qué?

Sabes, estoy convencido de que se tiene que ser muy desgraciado y muy poco feliz interiormente para necesitar hacer o querer hacer tanto daño sin más ni más. A veces siento pena por ellos.

Ojalá supieran ellos el dolor que me causan con su actitud al rechazarme y dejarme a un lado. A veces pienso que la causa de todo esto es porque me ven diferente en cierta forma y porque suelo entenderme bien con los adultos. Pero eso no es motivo para dejar a una persona que es humana y que tiene sus sentimientos, marginada.

Esta marginación no sólo me afecta a mí, también repercute en mis padres contándoles lo que pasa con mis compañeros. Muchas veces no les cuento todo para no hacerles sufrir más. Seguro que a ninguno de mis compañeros les gustaría pasar el trago que me hacen pasar a mí. Si se pusieran una sola vez en mi lugar, cambiarían de actitud.

Francamente, creo que no he sabido hacerme un hueco entre mis compañeros de clase, a mí no me gustan sus bromas hirientes y ellos no aceptan que yo sea diferente y descargan todos sus problemas sobre mí.

Sinceramente te digo Javier que lo estoy pasando muy mal en clase. He llegado a pensar que yo no valía nada, tal era el desprecio con el que me han llegado a tratar.

Afortunadamente yo sé muy bien lo que valgo y trato de superar esto que estoy viviendo gracias a amigos como tú y el resto de nuestro grupo que sabéis realmente como soy, porque curiosamente esta marginación que estoy padeciendo sólo ocurre con mis compañeros de clase.

Quiero solucionarlo cuanto antes, porque sino un día de éstos ya no podré aguantar más y descargaré toda mi rabia sobre alguno de ellos y no respondo de mí.

Lo más gracioso, por decirlo de alguna manera, es que los compañeros que se meten conmigo y los que se ríen con sus "gracias" son en general chicos con complejos y problemas que descargan sobre mí.

En fin, Javier, perdona por el rollo que te he metido, pero como tú mismo me has dicho muchas veces, los amigos estamos para ayudarnos.

*Espero con impaciencia tu vuelta a Ibiza para poder divertirnos de nuevo todo el grupo. Recibe un abrazo de tu amigo,
Luis.*

Han leído el testimonio de un chico de 14 años, que muestra de forma lúcida y conmovedora, la situación de sufrimiento, de marginación y maltrato psicológico que padece por ser algo diferente del resto de sus compañeros de clase. Situación que lamentablemente es más frecuente de lo que debería ser hoy día en las aulas.

En las clases suele ocurrir que los líderes de grupo no suelen ser los buenos alumnos y las mejores personas sino más bien todo lo contrario, arrastrando con su actitud al resto o mayoría de alumnos hacia una especie de “coro” que jalea de forma cómplice las “gracias” de los maltratadores en lugar de salir en defensa de sus víctimas.

La ley del silencio y la actitud de no querer ver la gravedad de situaciones como ésta que llevaron a Luis a caer en una grave depresión, es más frecuente en nuestras aulas de lo que parece. El silencio cómplice de los compañeros. El miedo a las represalias de las víctimas.

La situación de impunidad del o de los maltratadores. La mirada que no ve de los profesores y de los padres implicados. La impotencia y falta de recursos para hacer frente a estas situaciones y evitar que se cronifiquen y agraven. Todo esto está generando situaciones de maltrato psicológico e incluso físico de graves consecuencias para las víctimas inocentes que lo padecen, chicos y chicas generalmente buenas personas y buenos alumnos a los que les cuesta identificarse con las “maldades” de los “malos” de la clase hacia otros compañeros y que acaban por ser el cabeza de turco o chivo expiatorio del grupo de la clase durante varios cursos.

En el caso de Luis, tras un período de tiempo de tratamiento psicoterapéutico que lo alejó de las aulas durante dos años a causa de la depresión ansiosa post-traumática que sufrió debido a la marginación y malos tratos psicológicos padecidos en el aula, afortunadamente ha podido recuperarse y continuar sus estudios.

No ocurre así con otros chicos y chicas que no superan situaciones como ésta y que les dejan una marca y una vulnerabilidad de por vida.

FORMACIÓN CONTINUADA

Otros momentos formativos a crear y desarrollar en los equipos e instituciones terapéuticas serían aquellos dedicados al análisis de la demanda del paciente y familia, análisis de las primeras entrevistas, presentaciones clínicas para precisar el

diagnóstico y la indicación terapéutica más adecuada, supervisiones grupales e individuales de tratamientos, y análisis de las interrupciones, abandonos y finales del tratamiento. De esta forma y de la misma manera que el paciente recorre, acompañado por su terapeuta las distintas fases evolutivas de su relación terapéutica, de principio a fin, el terapeuta en el seno de su equipo e institución, se encuentra también acompañado a lo largo de todo el proceso relacional que vive con sus pacientes y puede entonces, mucho más fácilmente, contener, elaborar, integrar y superar sus miedos, deseos, conflictos, ansiedades y dificultades; encontrarles un sentido, evitando su proyección sobre el paciente y mejorando así su eficacia terapéutica.

Además, el terapeuta, puede conseguir así un mayor y mejor equilibrio personal y una renovada motivación que le evite, por ejemplo, el llamado síndrome del profesional “quemado”.

Todo esto, repercutiría favorablemente sobre la relación terapéutica con el paciente y su familia, que de esta manera serían los principales beneficiarios y, no lo olvidemos nunca, los destinatarios de nuestro trabajo, dedicación y formación.

ESPACIO-TIEMPO INTERNO DEL TERAPEUTA

Para completar lo expuesto, recomendamos la lectura del artículo de la revista de la A.E.N. (Asociación Española de Neuropsiquiatría) N° 88, de Diciembre de 2003, titulado “Quemados por el “sol” (de la institución), en el que los autores (Lola López Mondéjar y Antonio Díez Patricio) analizan de forma admirable la necesidad del profesional de la salud mental, de contar con un espacio-tiempo interno que se preste a la escucha y relación ínter subjetivas con el paciente a pesar de los inconvenientes y obstáculos que para ello presentan las instituciones socio-sanitarias.

En la relación con el paciente, el profesional tendría no solamente que preguntarse ¿Cuánto sé de la enfermedad de esta persona que viene a pedirme ayuda? Sino también preguntarse ¿Conozco bien a esta persona que sufre de su enfermedad y que viene a pedirme ayuda?

Tratar a la persona enferma y su entorno y no solamente la enfermedad y sus síntomas sigue siendo el reto de la medicina actual.

Para lograr ese espacio-tiempo interno del terapeuta que comentamos es necesario el contar con ese espacio-tiempo institucional indicado antes pero sobre todo con el creado en su mundo interno por el propio terapeuta gracias a su experiencia personal y profesional y sobre todo gracias a su propio tratamiento psicoterapéutico. Es la creación una vez más de un continente interno personal de naturaleza psico-afectiva que facilite que se vaya llenando de contenido; desarrollando a su vez y dando sentido a nuestra comprensión e intervención terapéuticas.

Como profesionales, nuestra capacidad de identificación empática con el paciente y su sufrimiento, sin confundirnos con él, permite que éste a su vez se identifique también de forma parcial y transitoria con la actitud y método de trabajo del terapeuta creándose así la alianza terapéutica necesaria para que a través de una espiral interactiva evolutiva entre terapeuta y paciente, se logre el cambio buscado por ambos.

CONCLUSIÓN

Para conseguir alcanzar estos objetivos, los pacientes, familias, terapeutas y políticos tendríamos que vencer nuestras resistencias (muchas veces inconscientes) al cambio, superar nuestro afán de protagonismo y nuestros intereses personales, así como dejar de lado las luchas y conflictos ideológicos y partidistas.

COLOQUIO

La respuesta al contenido y significación de las “chinchetas” mencionadas, ha sido indicada en lo referente a los obstáculos que hay que superar para lograr los objetivos de una mayor y mejor asistencia en salud mental. (Hacia el final de mi intervención). Siendo más explícitos les diré que las “chinchetas” podrían también representar ese “juego” narcisista y

perverso, consciente o inconsciente en el que predominan los intereses personales, profesionales, políticos y partidistas e institucionales por encima de los sociales y sanitarios, por mucho que se esté diciendo lo contrario.

Desde una posición escéptica (receptiva, pero sobre todo en espera de hechos, de realidades) es como se puede evitar caer tanto en la complicidad que genera el optimismo como en el abandono que provoca el pesimismo.

Lamentablemente este texto sigue siendo actual porque al menos en Baleares, y sobre todo en Ibiza que es lo que más conozco, muy poco se ha hecho hasta ahora para cambiar esta situación deficitaria que arrastramos históricamente, tanto en lo que respecta al continente como al contenido en materia de salud mental y en el sentido que he intentado mostrarles.

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.

