

Adela Abella
Daniel Cruz
Vicent Pi Navarro
Paula Rodrigo Plaza
Amador Tarazona Martorell
M^a Carmen Velasco Azkue
Aloña Goiburu Jauregui
Gaizka Ariz Martínez
Leire Ojanguren Rotaetxe
Alejandro Muriel Hermosilla
Nuria Román Avezuela
María del Valle Martín
Sergio Martín Tarrasón
Cristina Tormo Martín
Ingrid Ximenez de Embun Ferrer
Idaira Izquierdo Hidalgo
Estefanía Rodríguez Rodríguez
Carla Trabucco Risquez
Angelita López
Claudia Noval Canga
Adrian Alonso Sánchez
Gema Medina Ojeda

Nº 69
2º semestre

2020

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

*Cuadernos de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y del Adolescente*

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

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

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

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

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Edurne Urrutia Carretero (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)

María Dolores Gómez García (Sevilla)

Fernando González Serrano (Bilbao)

Paula Laita de Roda (Madrid)

Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

Roque Prego Dorca (Santander)

Gisela Zapata Casanave (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Aurelio J. Álvarez Fernández (Asturias)

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)

Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)

Alain Braconnier Centro Alfreth Binet (París)

M^a Luisa Castillo APM (Madrid) †

Miguel Cherro Aguerre U. del Desarrollo (Montevideo)

Ana Estévez Universidad de Deusto (Bilbao)

Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)

Marian Fernández Galindo (Madrid)

Oswaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)

Pablo García Túnez (Granada)

Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (París)

Carmen González Noguera (Las Palmas)

Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)

Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)

Philippe Jemmet Universidad Paris VI (Francia)

Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)

Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ (Alcázar de San Juan)

Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †

Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)

Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)

Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)

Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Roger Misés (París) †

Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (París)

Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)

Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)

María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)

Alicia Sánchez Suárez (Madrid)

Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)

Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)

Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Jorge Tizón García (Barcelona)

Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)

Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)

Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)

Juan Manzano Garrido (Ginebra) †

ÍNDICE /INDEX

LA TEORÍA PSICOANALÍTICA EN TRANSFORMACIÓN: DE FREUD A NUESTROS DÍAS PSYCHOANALYTIC THEORY IN TRANSFORMATION: FROM FREUD TO TODAY

Abella, Adela 7

“MAL AL COR”. PSICOTERAPIA DE UN ADOLESCENTE CON TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA MEDIANTE TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN “HEARTACHE”. PSYCHOTHERAPY OF AN ADOLESCENT WITH SEVERE CONDUCT DISORDERS THROUGH MENTALIZATION-BASED TREATMENT

Cruz, Daniel 17

EL MIEDO EN EL SER HUMANO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA FEAR IN THE HUMAN BEING FROM A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE

Pi Navarro, Vicent; Rodrigo Plaza, Paula y Tarazona Martorell, Amador 25

ANÁLISIS DE LAS CREENCIAS E IMPACTO DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE LAS PERSONAS ADOPTADAS ANALYSIS OF BELIEFS AND IMPACT OF EDUCATION PROFESSIONALS ON THE CONSTRUCTION OF THE IDENTITY OF THE ADOPTED PEOPLE

Velasco Azkue, M^a Carmen; Goiburu Jauregui, Aloña; Ariz Martínez, Gaizka y Ojanguren Rotaetxe, Leire 37

LA CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO PSÍQUICO EN PSICOTERAPIA. ¿CÓMO ADAPTAR NUESTRA INTERVENCIÓN? THE CONSTRUCTION OF THE PSYCHIC SUBJECT IN PSYCHOTHERAPY. HOW TO ADAPT OUR INTERVENTION?

Muriel Hermosilla, Alejandro 47

EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA INTEGRADORA THE EVOLUTIONARY DEVELOPMENT OF THE CHILD FROM AN INTEGRATING PSYCHODYNAMIC PERSPECTIVE

Román Avezuela, Nuria y del Valle Martín, María 65

DESARROLLO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE UNA PARENTALIDAD TRANSGÉNERO CHILD DEVELOPMENT IN THE CONTEXT OF TRANSGENDER PARENTING

Sergio Martín Tarrasón 73

**PSICOSIS PUBERTARIA
PUBERTAL PSYCHOSIS**

TormoMartín, Cristina.....95

**VÍNCULO TRAS EL RECHAZO EMOCIONAL POSNATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO
BONDING AFTER POST-EMOTIONAL REJECTION: ABOUT A CASE**

Ximenez de Embun Ferrer, Ingrid y Izquierdo Hidalgo, Idaira 113

**“ADOPTAR ES CAMBIARLE LA VIDA A ALGUIEN”: VIVENCIAS DE ADULTOS ADOPTADOS EN LA INFANCIA
“ADOPTING IS CHANGING SOMEONE’S LIFE”: EXPERIENCE OF ADULTS ADOPTED IN CHILDHOOD”**

Rodríguez Rodríguez, Estefanía; Trabucco Risquez, Carla y López, Angelita 125

**APEGO Y ADOPCIÓN: LA EVOLUCIÓN HACIA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO
ATTACHMENT AND ADOPTION: THE EVOLUTION TO PSICHYATRIC PATHOLOGY. A CASE REPORT**

Noval Canga, Claudia; Alonso Sánchez, Adrian y Medina Ojeda, Gema 137

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

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

Depósito Legal: LG BI 01494-2020 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 25 € | Precio por ejemplar: 10€

Suscripción y venta ejemplares mientras dura el embargo (2 años) en www.sepyypna.com/tienda

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

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

Sistema de selección de los originales:

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

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYYPNA

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera:	Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Vicetesorera:	Paula Laita de Roda (Madrid)
Secretaria:	Margarita Alcami Pertejo (Madrid)
Vicesecretaria:	Leire Uriarte Elejalde (Bilbao)
Vocales:	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
	María Dolores Gómez García (Sevilla)
	Gisela Zapata Casanave (Madrid)
	Roque Prego Dorca (Cantabria)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruíz (Bilbao)

Página web: www.sepyypna.com

LA TEORÍA PSICOANALÍTICA EN TRANSFORMACIÓN: DE FREUD A NUESTROS DÍAS¹

PSYCHOANALYTIC THEORY IN TRANSFORMATION: FROM FREUD TO TODAY

Abella, Adela²

RESUMEN

La teoría psicoanalítica ha evolucionado según su propia tradición de pensamiento pero también según los cambios en la sociedad que le sirve de contexto. Así, a finales del XIX y principios del XX Freud elabora las bases del psicoanálisis en una Europa marcada, entre otras cosas, por una fuerte represión sexual: la primera parte de su obra gira fundamentalmente en torno a la psicosexualidad. La sociedad en la que vivimos en la actualidad difiere de la de Freud en una serie de puntos fundamentales, entre ellos el auge del individualismo y del consumismo así como una libertad sexual casi ilimitada. En este marco, el psicoanálisis contemporáneo pasa a centrarse en problemáticas identitarias y relacionales que implican funcionamientos con frecuencia arcaicos.

Palabras clave: Freud, teoría psicoanalítica, evolución histórica.

ABSTRACT

Psychoanalytic theory has evolved according to its own tradition of thought but also according to changes in the society that serves as its context. Thus, in the late nineteenth and early twentieth centuries, Freud elaborated the foundations of psychoanalysis in a Europe marked, among other things, by strong sexual repression: the first part of his work fundamentally revolves around psychosexuality. The society we live in today differs from Freud's on a number of fundamental points, including the rise of individualism and consumerism as well as almost unlimited sexual freedom. In this framework, contemporary psychoanalysis begins to focus on identity and relational problems that often involve archaic functioning.

Key words: Freud, psychoanalytic theory, historical evolution.

Voy a describir ciertas evoluciones en la teoría psicoanalítica que me parecen estar en relación con la evolución de la sociedad en la que dichas teorías han sido formuladas. Empezaré por decir que ambos elementos, teoría y sociedad, son indis-

1 Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

2 Psiquiatra. Psicoanalista. Servicio médico-pedagógico. Ginebra. E-mail: adela.abella@bluewin.ch

ciables: aquel que intenta comprender un aspecto de su mundo lo hace, necesariamente, a partir de los conocimientos y valores que impregnan la sociedad en la que se ha educado y en la que vive.

El psicoanálisis nace en el centro de Europa hace algo más de un siglo, a finales del XIX y principios del XX en un contexto científico y cultural particular. En medicina triunfan las aspiraciones positivistas de una generación decididamente racionalista que se aleja de preconcepciones religiosas y filosóficas para dar prioridad a la experimentación sistemática y controlada. Un ejemplo son los numerosos experimentos sobre los arcos reflejos que se multiplican en esos años. En su juventud Freud trabaja en un laboratorio de fisiología imbuido de estos principios, que seguirán formando parte de sus aspiraciones durante toda su vida: fijarse en la realidad, en los hechos (físicos y mentales), en la experiencia de los pacientes, incluso si esta experiencia no es cuantificable, como requeriría una experimentación rigurosa (Makari, 2008).

Sin embargo, el clima intelectual de la época no impulsa únicamente el uso de la razón: otro ingrediente muy diferente se agrega al caldo intelectual del momento. Me refiero al interés del romanticismo (que se había impuesto en toda Europa en la primera mitad del XIX) por lo oculto y lo emocional, por los sueños y por lo específicamente individual, por lo extraordinario y lo prohibido. Es así como los sueños cesan progresivamente de ser tema exclusivo de la poesía y de los mitos para pasar a convertirse en objeto de estudio científico. Las numerosas publicaciones citadas por Freud en su libro sobre los sueños son prueba del renovado interés por la actividad onírica en los precedentes decenios.

La noción de inconsciente flota en el aire: se reconoce la existencia de un inconsciente fisiológico (que explica reflejos y funcionamientos fisiológicos de los que el individuo no tiene conciencia). Más importante aun, la hipnosis parece probar la existencia de un estrato desconocido que influencia no ya el funcionamiento del cuerpo sino el comportamiento del individuo. Es hacia esta época, en 1886, que R. L. Stevenson publica “El extraño caso de Dr. Jekyll y Mr. Hyde”, donde se trata de una personalidad doble, es decir de la existencia en el individuo (Dr. Jekyll) de una identidad compleja y organizada (Dr. Hyde) que permanece totalmente ignorada y que se manifiesta independientemente de la voluntad del sujeto. Por otra parte, los periódicos publican frecuentes relatos de supuestas personalidades múltiples suscitando en el público la inquietud por lo que uno puede hacer sin apercibirse. La burguesía organiza no solo bailes y actividades caritativas sino también sesiones de espiritismo y de telepatía. Lo oculto y lo irracional forman parte del paisaje social compartido.

En paralelo, hay otro tema que interesa a la vez al gran público y al estamento médico: la sexualidad. Médicos, neurólogos, sexólogos, reformadores sociales, feministas, etc. debaten sobre los efectos nefastos de una represión sexual que llega a ser considerada como exagerada y perniciosa. Una anécdota permite ilustrar el interés del público por este tema. En 1886, el mismo año en que Stevenson publica “Dr. Jekyll y Mr. Hyde” aparece otro libro titulado “*Psychopathia Sexualis. Estudio médico legal para uso de médicos y juristas*», cuyo autor es un médico austro-húngaro Richard von Krafft-Ebing. Este libro, que describe y clasifica las diversas desviaciones sexuales, es una auténtica novedad en la época. En efecto, Krafft-Ebing aborda un tema juzgado inconveniente y escabroso. El autor utiliza, en consecuencia, un oscuro y pesado lenguaje universitario con ciertos pasajes en latín tanto en el título como en su contenido (proceder frecuente en la época, usado también por Freud cuando habla, por ejemplo, de la *matrem nudam*). Krafft-Ebing confiesa que el objetivo del doble uso de un lenguaje herméticamente académico y del latín no era otro que el de “desanimar a los profanos”. Solo médicos y juristas debían tener acceso a cuestiones tan delicadas e impúdicas. Sin embargo, a pesar de estas castas precauciones, el libro conoce un gran éxito popular; las ediciones y las traducciones se multiplican. Más aún, nuevos testimonios enriquecen las sucesivas ediciones: Krafft-Ebing recibe innumerables cartas autobiográficas escritas por lectores que

dicen haberse reconocido en sus descripciones. En efecto, en torno al cambio de siglo el tema está en la calle y se discute ampliamente, cosa impensable un poco antes, de los efectos deletéreos de la masturbación o de la abstinencia sexual. Los movimientos reformadores y feministas contestan una educación marcada por restricciones sexuales victorianas que han dejado de ser admisibles. La existencia de una sexualidad infantil comienza a ser reconocida por pediatras y educadores, incluso si la idea resulta todavía escandalosa.

De hecho, Freud comparte con sus coetáneos la preocupación por los efectos de la represión sexual. Esta preocupación es expresada de manera particularmente inquietante en un libro publicado en 1927, *El futuro de una ilusión*, y de manera aún más radical dos años después en *Malestar en la cultura* (1929). Freud describe la oposición entre los intereses de la sociedad y los del individuo. Con objeto de mantener la cohesión social, dice Freud, la sociedad debe limitar la expresión de las pulsiones sexuales y agresivas del individuo. Esta limitación crea en el individuo una profunda insatisfacción que la sociedad intenta contener ofreciendo ciertas compensaciones a través de ideales morales y culturales (la ciencia, el arte). Ambas, moralidad y cultura, ofrecen al individuo satisfacciones narcisistas (de amor propio) y cierta gratificación pulsional disfrazada (por ejemplo, el arte permite expresar la agresividad y el deseo, la ciencia permite el placer del conocimiento y del dominio). Sin embargo, añade Freud, estas satisfacciones substitutivas, sublimatorias, son insuficientes: las frustraciones son claramente excesivas³. La conclusión de Freud está impregnada de pesimismo y de angustia, hasta tal punto que le lleva a preguntarse si la civilización actual logrará evitar la autodestrucción⁴.

Es en este contexto cultural en el que Freud alía elementos que flotan en el caldo intelectual de la época (el inconsciente, lo irracional, los sueños, la sexualidad) para organizarlos en una síntesis que conocemos como el psicoanálisis y que ha mostrado una gran fecundidad. Síntesis que, como he intentado mostrar, se nutre y responde a las preocupaciones de su época: así, la primera parte de la obra freudiana refleja las preocupaciones ligadas a las restricciones que operan sobre la sexualidad; más tarde, después del desastre de la Primera Guerra, las preocupaciones en torno a la destructividad inherente a la especie humana llevan a Freud a postular una pulsión de muerte. En ambos casos, los vínculos entre teoría psicoanalítica y sociedad parecen evidentes.

Llegados a este punto, podemos plantear varias preguntas importantes: la primera: ¿Hasta qué punto las teorías propuestas por Freud hace un siglo responden a la realidad de la sociedad actual? La segunda: ¿Que vínculos existen entre el psicoanálisis contemporáneo y el mundo en que vivimos?

La sociedad contemporánea parece muy diferente de la sociedad en la que vivió Freud a varios niveles. Sociólogos, antropólogos y politólogos han descrito los cambios más aparentes: exaltación del individualismo, aflojamiento de los vínculos familiares y sociales, tolerancia sexual casi ilimitada, democratización de todas las relaciones y disolución de la autoridad, fracaso de las utopías y de los ideales políticos tradicionales, pesimismo creciente en cuanto al futuro de nuestra civilización y de nuestro planeta, ... Últimamente, se unen a este desafiante catálogo nuevas preocupaciones cuyos efectos son todavía difíciles de preveer: automatización y robotización creciente, perspectivas de paro laboral masivo, omnipresencia de nuevas tecnologías de información y comunicación que introducen una dimensión virtual donde antes reinaban relaciones humanas directas y complejas, posibilidades de manipulación genética, revolución en las técnicas reproductivas y en la posibilidad de implantes médicos, ...

3 A estas frustraciones se suma un sentimiento inconsciente de culpabilidad originado en la internalización de las prohibiciones sociales bajo la forma de un Superyo prohibitivo. Esta culpabilidad inconsciente, dice Freud, contribuye a alejar aún más la posibilidad de ser feliz.

4 Este pesimismo de Freud se hace evidente según va envejeciendo pero también en respuesta a los acontecimientos que le toca vivir, en particular el desastre de la Primera Guerra mundial (1914-18). Así, en 1920, Freud introduce una revolución en su pensamiento. Si la primera parte de su obra gira en torno de las pulsiones sexuales, a partir de ahí la intervención de la destructividad y de la muerte se hace preponderante. Se podría encontrar aquí una ilustración de la relación entre teoría psicoanalítica y sociedad, aspecto que no será discutido en este trabajo.

Zygmunt Bauman, uno de los sociólogos más reputados del siglo XX (fallecido el año pasado) compara en un libro escrito en 1997 la sociedad de la segunda parte del siglo XX con la sociedad en la vivió Freud. Bauman propone el término de *modernidad líquida* para caracterizar la sociedad actual en oposición a la precedente que califica de *modernidad sólida*. A diferencia de los cuerpos sólidos, dice Bauman, los líquidos no pueden conservar su forma cuando son sometidos a una fuerza externa, por pequeña que sea. Los vínculos entre las partículas son demasiado débiles para poder resistir presiones. Esta falta de resistencia es, para Bauman, lo que caracteriza las relaciones humanas en la modernidad líquida.

Rápidamente resumido, la modernidad sólida que caracteriza la época en que vivió Freud, tiene como paradigma la fábrica, caracterizada por una estructura fija tanto a nivel espacial que temporal. Es el reino de las herramientas. Las tareas están claramente definidas, la vida se organiza según una serie de rutinas, las relaciones entre los hombres son previsibles. El individuo sabe lo que le espera y establece con frecuencia proyectos para la totalidad de su vida. Todos los aspectos de la vida (trabajo, familia, ocio) están enmarcados por instituciones que proponen rutinas cotidianas y que confieren significados a las acciones humanas y a sus consecuencias. Esta sociedad ofrece al individuo sobre todo seguridad. En cambio, le priva de libertad. Bauman resume la situación en términos próximos a los utilizados por Freud: el malestar en este tipo de civilización deriva “de un tipo de seguridad que muestra muy poca tolerancia hacia la búsqueda de bienestar por parte del individuo” (Bauman, 1998). En resumen, como decía Freud, la prioridad dada al orden social impide el bienestar del individuo.

El escenario típico de la modernidad líquida es completamente diferente. Si el paradigma de la modernidad sólida era la fábrica, aquí lo es Internet: en lugar de un orden rígido y previsible, prima aquí la descentralización, la flexibilidad así como la aceleración y el cambio constante. El rol protector de rituales sociales y expectativas compartidas disminuye: el individuo se ve forzado a re-inventarse en permanencia. Las herramientas materiales ceden la prioridad a los circuitos inmateriales. El imperativo social no es ya el orden sino la flexibilidad: la consecuencia es la sensación de un aumento exponencial de la libertad del individuo. Parece que todo, o casi todo, es posible y que no depende más que del individuo. De este “todo es posible” derivan dos consecuencias mayores. La primera, puesto que todo es posible, surge la angustia de perder oportunidades. De ahí un consumismo frenético y una sistemática ausencia de compromiso: en efecto, si uno se compromete con algo o con alguien, corre el riesgo de perder nuevas posibilidades. Las relaciones de trabajo, así como las relaciones personales se precarizan, los vínculos humanos son con frecuencia efímeros y frágiles. La segunda consecuencia de este “todo es posible” es una exaltación de la autonomía y la responsabilidad del individuo: puesto que todo es posible, en caso de fracaso la responsabilidad recaerá únicamente sobre el individuo que no ha sabido aprovechar la ocasión. Lo cual es una fuente de competitividad desenfrenada, de ansiedad y auto-depreciación. En resumen, las palabras clave de la sociedad líquida serían: flexibilidad, precariedad, aceleración, cambio constante y frenético, ausencia de normas, sacralización de la productividad máxima y del consumismo máximo, mitología de la responsabilidad individual que oculta las limitaciones y condicionamientos sociales.

Si el riesgo de la modernidad sólida era la privación de libertad en aras de la seguridad, aquí los términos se invierten: el individuo gana en libertad, pero pierde la necesaria seguridad. Los resultados son, para Bauman, un insoportable nivel de stress, conductas de dependencia (entre ellas, la dependencia del trabajo), un abrumador sentimiento de vacío y, finalmente, la depresión.

Podemos preguntarnos ahora: ¿Cuáles son las tendencias actuales en el psicoanálisis contemporáneo? y ¿En que medida estas tendencias intentan responder a los cambios sociales descritos por Bauman y otros sociólogos? Me parece que muchos psicoanalistas estarían de acuerdo en decir que la clínica contemporánea nos confronta con mayor frecuencia a problemas de identidad y de relación

*interpersonal. Se ven pocas histerias, menos fobias y menos neurosis obsesivas que en tiempos de Freud*⁵, y mas problemáticas de tipo narcisista (en el sentido de afectar a la imagen de sí mismo y a la relación que uno mantiene consigo mismo) y depresivo (donde predominan sentimientos de soledad y abandono, con pérdida de la alegría de vivir y pobre autoestima). La pregunta que se plantean nuestros pacientes es menos ¿Cómo puedo realizar mis deseos frente a las prohibiciones de la sociedad y de mi propio superyo? que preguntas del tipo: ¿Quién soy yo? ¿Qué deseo y a qué aspiro? ¿Cómo me ven los otros? ¿Qué espero de los demás? Se sufre más de sentimiento de vacío y de soledad que de frustración sexual⁶. No intento decir aquí que los individuos de hoy diferimos radicalmente de los hombres y mujeres del tiempo de Freud. Lo que digo es que el sufrimiento psíquico se expresa de manera diferente según el contexto social: en una sociedad rígidamente ordenada y sexualmente restrictiva, el malestar psíquico puede depositarse fácilmente en la esfera de lo sexual; en una sociedad en cambio permanente y acelerado donde se potencia el individualismo, donde la libertad sexual es casi absoluta y donde las relaciones con los otros tienden a hacerse efímeras y virtuales, asistimos con más frecuencia a sentimientos de vacío y de depresión⁷.

Confrontados a esta patología narcisista y depresiva, la actitud y la escucha del psicoanalista no pueden sino transformarse. Trataré aquí de dos evoluciones que me parecen fundamentales: el interés predominante por lo arcaico y el hecho de centrar el trabajo analítico en la relación. Pienso que estos dos rasgos caracterizan de hecho la mayoría de las culturas psicoanalíticas, aunque cada una de ellas piense lo arcaico y la relación de manera particular.

Con el fin de apreciar estas dos evoluciones, conviene recordar la manera en que trabajaban los primeros psicoanalistas (Abella, 2008, 2011; Manzano, Palacio Espasa, Abella, 2016). El primer modelo freudiano proponía la idea de que la histeria (enfermedad “a la moda” en la época) y luego, por extensión, el resto de las neurosis derivan de un traumatismo sexual infantil⁸. La experiencia inaceptable es reprimida, pero sin ser inactivada o neutralizada en el inconsciente. Por el contrario, lo reprimido empujará hacia su expresión en la conciencia bajo la forma de asociaciones libres, de sueños, de lapsus etc. Al mismo tiempo, estas experiencias reprimidas se expresarán en la transferencia, ese fenómeno universal que hace que percibimos y nos relacionamos con el entorno según lo que hemos vivido previamente y que se ha inscrito en nuestros automatismos mentales. En el tratamiento, las asociaciones libres (lo que se le ocurre espontáneamente al paciente), los sueños, la transferencia, permiten reconstruir las experiencias reprimidas y restituirles a la conciencia, de forma que cese su empuje patológico. Es lo que se ha llamado el modelo arqueológico: el psicoanalista debe encontrar lo reprimido de la manera más completa y exacta posible. Con este objeto, tendrá cuidado de no contaminar el campo de trabajo con elementos que le pertenecen. El psicoanalista se

5 Se ha discutido mucho sobre el cambio en la epidemiología de los trastornos mentales entre la época de Freud y la actualidad. Varias hipótesis han sido propuestas. Según una de ellas estos cambios estarían relacionados con las transformaciones sociales que acabamos de citar. Otra hipótesis sugiere un cambio en la apreciación del profesional de la salud mental. En efecto, una tendencia actual importante es la de interesarse preferentemente por los funcionamientos arcaicos que subyacen cuadros clínicos clásicos. Así, una fobia puede ser la expresión sintomática de un trastorno más grave, por ejemplo, de una patología borderline (es lo que se piensa hoy día de ciertos casos considerados por Freud como histerias). Por otro lado, se pueden pensar que un mismo individuo puede funcionar, según los casos, en niveles diferentes de gravedad: una personalidad neurótica puede coexistir, recurrir y alternar con otra más psicótica. Dicho de otra manera, todo individuo puede albergar profundamente un Mr. Hyde y es precisamente este Mr. Hyde el que con frecuencia interesa más al psicoanalista de hoy día.

6 Freud describió también las angustias de separación y pérdida, interesándose por el sufrimiento narcisista y la depresión, de forma que la evolución del psicoanálisis ha sido gradual y fue iniciada ya por el mismo Freud. Sin embargo, comparar dos puntos extremos de una evolución – el primer modelo freudiano y el psicoanálisis actual- permite estimar más claramente el camino recorrido. Es lo que haré en este artículo.

7 Recordemos que, según la OMS, la depresión es actualmente la principal causa de discapacidad a nivel mundial y que, en 20 años, se prevé que será la enfermedad que más padecerán los seres humanos, superando al cáncer y los trastornos cardiovasculares.

8 Un abuso sexual o una experiencia que es percibida por el niño / niña como enigmática y que, tras la pubertad, adquirirá una connotación sexual. Es el efecto d'après-coup.

esforzará en actuar como un espejo que devuelve exactamente, sin deformación, lo que es proyectado en su superficie. La contratransferencia, término que incluye los fantasmas y afectos del terapeuta, deberá ser estrechamente controlada. En resumen, se trata de encontrar lo reprimido alterándolo lo menos posible con el fin de restituirlo a la conciencia, donde el individuo podrá comprenderlo de manera tolerable e integrarlo en su universo mental actual⁹.

El psicoanálisis contemporáneo, lejos de ser uniforme, comprende varias culturas o escuelas, con presupuestos a veces muy diferentes e incluso opuestos. Sin embargo, me parece que la mayoría de las escuelas psicoanalíticas actuales comparten el hecho de constituirse no tanto en torno a un proyecto arqueológico sino en tanto que psicoanálisis del encuentro. La idea no es tanto buscar experiencias traumáticas o fantasmas infantiles reclusos en el inconsciente, búsqueda a realizar a través de las palabras del paciente, de sus sueños o de sus lapsus. Este tipo de trabajo permitiría encontrar lo que ya fue representado o vivido, pero no aquello que pertenece al registro preverbal y que quedó inscrito en el sujeto muy precozmente (o bien más tardíamente, pero de forma no verbal). ¿Cómo recuperar lo que se ha inscrito bajo la forma de automatismos relacionales, de expectativas implícitas o de vacíos representativos? Podemos pensar en este tipo de vivencias precoces, presérvales, por ejemplo, cuando una niña de 7 años, con un entorno familiar sin particularidad aparente, nos dice “no me gusta mi vida, prefiero estar muerta”, o cuando un chico de 10 años proclama sin ninguna emoción: “mis padres son gente muy maja, tengo todo, pero me aburro y no sé por qué”, o, finalmente, los adolescentes que confiesan: “no me interesan los amigos, ni las chicas ni los estudios. Prefiero Internet”¹⁰

Muchos psicoanalistas piensan actualmente que el acceso a este tipo de problemática arcaica y preverbal se hace posible fundamentalmente a través de la relación entre el terapeuta y el paciente. Lo que no se puede verbalizar, porque no ha sido inscrito en forma verbal, será actuado, encarnado en la relación. Esto ya lo había intuido Freud al describir la transferencia. Decía por ejemplo Freud que aquel que no recuerda haberse rebelado contra su padre lo hará contra el analista y que esto permitirá reconstruir la vivencia olvidada.

Si esto había sido ya señalado por Freud, ¿cuál es el cambio que aporta el psicoanálisis contemporáneo? El cambio radical se sitúa a nivel del canal a través del cual pensamos ahora que se puede acceder a lo no representado y preverbal: no sólo la transferencia (como pensaba Freud) sino la contratransferencia, entendiendo ésta última de forma amplia en tanto que todo lo que aporta el analista a la relación y la manera como lo aporta : fantasmas, conflictos, expectativas, valores, teorías,... Freud pensaba que la participación del analista no podía sino oscurecer y contaminar el campo de excavación arqueológica. Hoy día se piensa no sólo que dicha participación es inevitable, sino que, si fuera posible no participar, esto perjudicaría al tratamiento. En efecto, la idea es que, si el psicoanalista hace su trabajo correctamente, los fantasmas y las reacciones emocionales del analista serán en gran medida suscitadas por el paciente. Retomando el ejemplo de Freud, si un paciente ignora su rebelión contra el padre y no la puede poner en palabras no porque la ha reprimido, sino porque no la ha representado, puede ser necesario que el analista piense / sienta esta rebelión antes mismo que el paciente (Abella, 2016).

9 Describo aquí el primer modelo freudiano. Freud ha modificado posteriormente su reflexión pero, en sus grandes líneas, sigue siendo útil para la comprensión de ciertos fenómenos, tanto clínicos como culturales (los mitos, el arte, etc.). Es este modelo el que utilizaré para hacer la comparación con el psicoanálisis contemporáneo.

10 En su libro de 2016, *Adolescencia y salud mental*, Alberto Lasa proporciona un vívido retrato de las dificultades del adolescente actual, con una interesante, y poco frecuente, descripción de la manera en la que la latencia prepara (o no) a afrontar dicha fase del desarrollo (Lasa, 2016). Ver también Jean-Paul Matot (2008), para entender la forma en que el adolescente construye su sentimiento de existir en el contexto del universo social y cultural que le rodea. Finalmente, D. Houzel (2010) discute las dificultades de la parentalidad en la sociedad actual.

Es decir, si Freud pensaba en términos de recuperar lo reprimido a través las producciones verbales y la transferencia del paciente, hoy en día aspiramos a alcanzar lo arcaico y lo no representado usando en gran medida la contratransferencia. La relación ocupa un puesto central, no sólo cuenta lo que aporta el paciente sino lo que aporta el analista y lo que surge de su interacción¹¹.

Un ejemplo clínico permitirá ilustrar algunos de estos aspectos.

Idoia consulta a los 3 años y 4 meses por una encopresis asociada a un comportamiento tiránico. La mínima frustración desencadena terribles crisis de cólera. Los padres son personas sensibles, atentos a sus hijas (hay una hermana de 1 año) y confiesan sentirse desbordados por la situación. El clima en casa es insoportable. Además, se sienten culpables de haber reaccionado vivamente en ocasiones.

Idoia es una niña preciosa, inteligente y viva, que me hará comprender rápidamente la desesperación y los impulsos asesinos de los padres. La encopresis desaparece en unos meses y las crisis disminuyen progresivamente en casa, pero, en el tratamiento, Idoia se muestra dictatorial, buscando controlar al milímetro mis actos y mis palabras. El tratamiento se prolongará durante años, con largos periodos en los que repite incansablemente el mismo juego.

Uno de estos juegos es el del médico, papel que Idoia se reserva para ella misma. Clásicamente, los juegos de médico permiten explorar el cuerpo y la sexualidad. Entre Idoia y yo este juego adopta un sentido totalmente diferente. Yo soy una niña enferma, la doctora me da un jarabe muy amargo, yo pido – insisto- suplico que añada un poco de azúcar, ella se niega y yo tengo que beber el amarguísimo jarabe. Lo chocante en este juego es el placer evidente de Idoia en hacerme sufrir, los otros elementos del escenario del juego son totalmente irrelevantes (no se sabe de que estoy enferma, que me ha pasado, no me toma la temperatura ni me ausculta, se ignora la cuestión de donde están mis padres, que voy a hacer luego). Sólo cuenta el momento de hacerme beber la horrible pócima, momento que es repetido hasta la saciedad. Le digo a Idoia, de diferentes formas, que para ella es importante estar segura de que es ella la que manda, y que poder hacer sufrir al otro es la mejor prueba de que uno manda.

Este juego es seguido por otro con algunos rasgos en común: el juego del barco. Con las sillas de la consulta construimos 2 barcos: con las sillas grandes el barco de la mamá, que es ella; con las sillas pequeñas un barco para la niña que soy yo y donde estoy bastante incómoda (lo cual es innegociable). La mamá lleva al bebé en brazos, se lo pasa a la hermana mayor (yo) y en un descuido de la madre (que mira rápidamente hacia otro lado) yo tiro el bebé al agua. Idoia se lanza a la mar, recupera al bebé que se ha ahogado, lo salva, se reinstala en su barco y vuelta a empezar. Aquí, el placer del juego reside en 2 momentos distintos: el primero, el momento en que tiro el bebe al agua; el segundo, el momento en que la mamá lo salva. Le digo a Idoia que la hermana mayor está contenta de hacer una cosa prohibida a escondidas pero que la mamá es la más fuerte y que ella, la mamá, está contenta de poder salvar al bebé (pienso que la hermana mayor y la mamá representan ambos aspectos de Idoia).

11 La manera en que la relación contribuye al tratamiento es comprendida de diferentes maneras según las escuelas. Así, el psicoanalista francés podrá pensar en términos de una figuración (con frecuencia visual) de lo que el paciente no puede representar, y esto gracias a un estado de regresión formal (Botella). En el psicoanálisis post-kleiniano, se pensará en la actualización entre el paciente y el terapeuta de fantasmas inconscientes y de su transformación gracias a la relación. Las corrientes intersubjectivistas pensarán más en términos de construcción de nuevas modalidades relacionales en una relación donde lo que aporta el analista no es solo, ni predominantemente, suscitado por el paciente. Si embargo, a pesar de todas estas divergencias, comparten el acento puesto en la relación y la importancia atribuida a la contribución del analista.

Se puede percibir una evolución entre estos dos juegos: del primero, donde el placer sádico de hacer mal predomina al segundo donde hay cierta reparación (salvar al bebé). Como elementos comunes, se pueden citar el control del objeto y la omnipotencia. Sería posible ver estos juegos en términos de la sexualidad infantil (control anal del objeto, retenido y evacuado como una caca, según el capricho del sujeto, sin consideración por sus deseos y su persona. En otras palabras, el objeto como una cosa de la que se dispone sin restricción). También se podría pensar en términos edípicos. En efecto, intentando ampliar el contexto del juego del barco, pregunto a Idoia donde está el papa, “muerto” me contesta sin vacilar, rápidamente para que no perdamos tiempo en hablar y volvamos a tirar al bebé por la borda. Si embargo, no comprendo este “muerto” en términos de una victoria sobre el rival edípico (*fuera el padre para que yo me quede con la madre*). Pienso que “muerto” quiere decir aquí que el padre no forma parte de la historia, que lo que se juega es entre ella y yo, entre Idoia y el objeto, y que es una historia no de deseo sino de dominio y poder (Paul Denis). Se podría también pensar que Idoia elabora preocupaciones en torno a la separación, en la línea del célebre juego “Fort-da” de Freud con su nieto, quien, tras ausentarse su madre, lanzaba una bobina para recogerla luego, diciendo en el primer movimiento Fort, “se fue” y en el segundo Da “aquí está”.

Lo que querría resaltar es que, independientemente de la hipótesis teórica retenida, que puede variar según el terapeuta, el modelo implícito no es un modelo arqueológico donde se espera recuperar lo reprimido gracias a las palabras o al juego del niño en un contexto de abstención contratransferencial. Por el contrario, el terapeuta se guía en este caso por lo que experimenta y lo que pone en juego (una niña que sufre, que no es escuchada por una madre dominadora, omnipotente y cruel; un bebé lanzado al mar, ahogado y luego salvado). Es importante señalar que soy yo quien ha introducido el amargor y la petición de azúcar, contribuyendo así a dar forma al juego. Soy yo también la primera a quien se le ocurrió tirar el bebé al agua.

¿Cómo entender estas contribuciones mías? En principio no son cosas que se me ocurran con todos los niños. Se podría pensar que estas ideas me han venido porque Idoia me maltrata y porque a veces la tiraría por la ventana. Sin embargo, Idoia ha retenido estas 2 proposiciones mientras que ha rechazado firmemente otras (por ejemplo, mis preguntas sobre los padres, sobre lo que ha pasado antes y lo que va a pasar después, etc). Se puede pensar que si Idoia ha retenido ciertas propuestas al punto de constituir las en elementos esenciales del juego es porque hacen profundamente eco en ella misma. Es decir, podemos hacer la hipótesis de que yo he sentido –anticipado- figurado aspectos controladores y crueles ignorados por Idoia ayudándole así a dar forma a un contenido arcaico probablemente poco o no representado. Este contenido tiene aspectos sexuales (anales de manera evidente y posiblemente edípicos, quizá negados) pero, en mi comprensión, se ven incluidos en una problemática más global que concierne aspectos identitarios (¿Quién soy yo, Idoia? ¿Cómo soy yo?) y relacionales (¿Qué pasa entre mí y mis objetos? ¿Quién manda y cómo?).

Es quizá de esta forma cómo el psicoanálisis contemporáneo responde y se deja fertilizar por las preocupaciones de la sociedad contemporánea: utilizando las teorías construidas por Freud en torno a la sexualidad infantil en un contexto que privilegia la escucha de lo relacional y se interesa por lo arcaico. Los problemas identitarios y relacionales serían así compartidos por el psicoanálisis contemporáneo y la sociedad líquida contemporánea.

REFERENCIAS

- Abella, A. (2008). La construction, entre une psychanalyse des contenus et une psychanalyse des processus : transformation ou défense ? *Rev. Franç. Psychanal.*, 5, 1631-1640.
- Abella, A. (2011). Introducción a la problemática de la construcción. En Manzano, Abella (Eds.), *La construcción en psicoanálisis: recuperar el pasado o reinventarlo?* Madrid: APM.
- Abella, A. (2016). Sobre los efectos de la noción de “lo arcaico” en la escucha del analista. *Revista de psicoanálisis de la APM*, 76, 99116.
- Bauman, Z. (1997). *La posmodernidad y sus descontentos*. Madrid: Akal.
- Bauman, Z. (1998). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Denis, P. (1997). *Emprise et satisfaction. Les deux formants de la pulsion*, Paris: PUF.
- Freud, S. (1927). *El porvenir de una ilusión. Obras completas III*. Madrid: Ed Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1929[30]). *El malestar en la cultura. Obras completas III*. Madrid: Ed Biblioteca Nueva.
- Houzel, D. (2010). *La transmission psychique. Parents et enfants*. Paris: Odile Jacob.
- Lasa, A. (2016). *Adolescencia y salud mental*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- Makari, G. (2008). *Revolución en la mente. La creación del psicoanálisis*. Madrid : Sexto Piso.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F. y Abella, A. (2016). *Précis de technique psychanalytique et son application à la psychothérapie*. Paris: PUF.
- Matot, J. P. (2008). *La construction du sentiment d'exister*. Paris: L'Harmattan.

“MAL AL COR”. PSICOTERAPIA DE UN ADOLESCENTE CON TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA MEDIANTE TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN

“HEARTACHE”. PSYCHOTHERAPY OF AN ADOLESCENT WITH SEVERE CONDUCT DISORDERS THROUGH MENTALIZATION-BASED TREATMENT

Cruz, Daniel¹

RESUMEN

Se describe la evolución de un adolescente con Trastornos graves de conducta tratado psicoterapéuticamente usando técnicas de mentalización. Se muestra así que la psicoterapia puede ser una indicación adecuada para los casos de Trastornos graves de conducta que presentan importantes ansiedades de base. La psicoterapia permitiría la modificación de estos conflictos y la mejora del cuadro clínico. Se hace una discusión del caso desde el punto de vista de la Terapia basada en la mentalización.

Palabras clave: adolescencia, trastornos de conducta, tratamiento basado en la mentalización, adopción.

ABSTRACT

This paper describes the evolution of an adolescent with disruptive behaviour who is treated with psychotherapy with mentalization tools. It shows that psychotherapy can be a good indication for cases who suffer from severe disruptive behaviour coupled with great basic anxiety. Psychotherapy can modify these conflicts and improve the clinical state. It is discussed from the mentalization-based treatment point of view.

Keys word: adolescence, disruptive behavior, mentalization-based treatment, adoption.

ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DEL CASO

Introducción

Los Trastornos de conducta (TC) no constituyen una unidad psicopatológica, se agrupan entre sí por su relación con la sociabilidad si bien responden a diferentes condicionantes etiológicos, por lo que se recomienda un abordaje multimodal. La psicoterapia puede ser una indicación adecuada en algunos de estos casos, entendiendo aquí la psicoterapia no como una

1 Daniel Cruz. Psicólogo clínico, psicoterapeuta. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Correspondencia: dcruz@sjdhospitalbarcelona.org

instrucción en determinadas técnicas para que el paciente las aplique, sino como una relación interpersonal que pone en marcha un proceso psíquico que permite modificaciones en la organización de la personalidad. Se describen detalladamente las sesiones que reflejan este proceso en un caso. Estas tienen lugar en un Centro de Salud Mental Infante - Juvenil (CSMIJ), se inician en junio de 2018 cuando el paciente cuenta 14 años de edad, con una frecuencia que oscila entre semanal y quincenal. Esta frecuencia fue posible en las condiciones de presión asistencial del CSMIJ por la inclusión en un programa específico de asistencia al Paciente Crónico y Complejo (programa antes denominado de asistencia al Trastorno Mental Grave).

Historial clínico

Paciente envuelto a menudo en situaciones violentas, peleas con iguales, insultos y amenazas a profesores en medio de clase (en alguna ocasión llegó a dar un puñetazo a la pared a escasos centímetros del rostro del profesor), golpes a objetos (por ejemplo a paredes, lesionándose de gravedad en una ocasión al romper el cristal de una puerta con la mano), actitudes negativistas opositoras con interrupciones constantes en el aula que impiden realizar clase con normalidad, consumo diario de cannabis. Es ciertamente un adolescente muy difícil de manejar en todos los ámbitos. A pesar de todo ello mantiene buena relación con su tutor, quien nos explica que cuando se vincula a alguien muerde al otro sin llegar a dañar como conducta de apego. Rendimiento escolar prácticamente nulo a pesar de un CI dentro de la normalidad, con carencias académicas e instrumentales básicas; al comenzar la ESO su escritura era ilegible y la lectura rudimentaria. Sus TC le llevan a compartir la asistencia al instituto con un aula reducida con soporte de salud mental.

Es el segundo de dos hermanos, ambos adoptados en un país latino de diferentes familias biológicas. Adoptado a los dos años de edad, estuvo en una familia de acogida desde los dos meses de edad. Sus padres biológicos no podían hacerse cargo de él según parece por dificultades mentales y consumo de sustancias, encontrándose en situación de desnutrición en el momento de la retirada. Tuvo una relación muy afectiva con la familia de acogida, la cual hizo llegar una carta a su familia adoptiva actual como muestra de afecto, arriesgándose a una fuerte sanción por ponerse en contacto ya que se trata de algo prohibido en el país de adopción. El paciente no ha querido leer nunca esta carta por temor al impacto emocional que le puede causar. Tras la adopción rechazaba el contacto físico con toda mujer que no fuese su madre, con la que siempre ha mantenido una relación muy ambivalente. Con niñas de su edad no había este rechazo, pero sí una tendencia a sobreexcitarse que dificultaba el trato.

Acudió por primera vez al CSMIJ con 4 años y 10 meses de edad, por bajo rendimiento en la escuela, peleas con otros niños, ausencia de noción de peligro, enuresis, tics y tartamudeo. Visitado en psiquiatría, se diagnostica como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y TC y se pauta metilfenidato. Hay una mejora en el rendimiento, pero persisten los conflictos agresivos. Rompía sus trabajos escolares “porque no sabe”. El motivo principal de consulta pasa a ser los TC y se añaden neurolépticos a la prescripción. Visitado en diversas ocasiones también por psicología para valoración diagnóstica y soporte terapéutico. Con 7 años decía que era malo de pequeño y temía que le abandonasen de nuevo. No tolera que su madre hable de él en consulta por miedo a lo que pueda decir. Querría vivir sin su hermano, sólo con sus padres. Cuando siente que se le minusvalora tiene reacciones agresivas. Con 10 años persisten los TC y baja su rendimiento escolar, con una lectoescritura rudimentaria a pesar de un cociente intelectual dentro de la normalidad y de no tener diagnosticados trastornos específicos del aprendizaje. Muy sensible a pensar que lo menosprecian o se burlan de él, atribuye intenciones hostiles a los otros. Con 12 años empieza una espiral de expulsiones del colegio, a pesar de las adaptaciones puestas en práctica. A los 14 años se prueba la escolaridad compartida entre docencia ordinaria, con adaptación y acompañado todo el tiempo por una cuidadora, y aula reducida

con soporte de salud mental. Había dejado de tomar medicación desde hacía un año de mutuo acuerdo con su psiquiatra. En ese momento se decide dentro del equipo la conveniencia de iniciar un abordaje psicoterapéutico.

Proceso terapéutico

El primer día asiste con un collarín en el cuello por un accidente en carreras de motos en las que compite habitualmente, collarín que se quita a pesar de la lesión cervical que padece, porque le molesta. Impresiona su actitud física tensa, sentado de lado y haciendo continuos estiramientos musculares de hombros y cuello. Lo primero que me dice es: “me dicen que eres el mejor, pero yo he enviado a todos los psicólogos a la mierda, no quiero que me coman el coco”. Valoro la relación conmigo más allá de su discurso manifiesto, y tengo la impresión de que es una actitud muy defensiva en la que está transmitiendo unas ansiedades muy intensas. El perfil psicopatológico sería muy diferente al que presentan casos con una estructura caracterial anti-social. Las técnicas de la Terapia basada en la mentalización de Fonagy y colaboradores (MBT) nos son de utilidad para establecer el setting, apareciendo miedos y preocupaciones que no había expresado anteriormente. Esto permite volver a tratarlos directamente cuando aparecen en las sesiones al haber ya sido formulados en el encuadre inicial. Tiene miedos cuando está en casa, cree ver a alguien en el espejo del cuarto de baño, duerme tapado porque le parece ver sombras, siente presencias y cree que alguien le persigue. A pesar de la gravedad de las conductas disruptivas nos dice que necesita que se le hable “con autoridad”, pero lo que no tolera es que se le levante la voz. Habla de tener un profundo sentimiento de tristeza y rabia, “tinc mal al cor (tengo dolor en el corazón)”, “todo me sale mal”, quiere saber “la verdad” de porqué le abandonaron al darle en adopción. Vemos que aparece un sufrimiento importante, nos muestra su mundo interno, y por tanto existe la posibilidad de encontrar sentido a sus TC y trabajarlo psicoterapéuticamente.

En estas primeras sesiones, junto a la actitud física tensa, llama la atención también la intensidad emocional presente a todo lo largo de las sesiones. Es un discurso atropellado e intimidatorio, ininterrumpido de principio a final de las sesiones, en el que, una vez se fue estableciendo una relación de confianza con su terapeuta, progresivamente irán apareciendo reflexiones significativas sobre sí mismo. Cuando aparecen estos pensamientos más reflexivos y emotivos contrastan de forma llamativa con el tono omnipotente empleado anteriormente. Habla durante varias sesiones de su relación con bandas locales de narco-trafficantes con situaciones de violencia inquietantes, así como de los graves accidentes compitiendo en motocross. Hace de tanto en tanto aseveraciones del tipo “si te digo que te romperé la cara vendré y lo haré”. Sin embargo no me siento amenazado, tengo la impresión de que me transmite la ansiedad que padece a la vez que pone a prueba la confianza en la relación conmigo. Así, cuando le hago alguna observación o formulación que le sorprende, en broma me hace un gesto de esnifar y me pregunta si yo “le doy mucho o qué”. El humor o cambiar de tema permiten rebajar la tensión de la sesión en un momento en que el paciente parece desbordado y así poder retomar los temas más adelante. También es fundamental no hacer comentarios sobre su conducta hasta haberle dejado expresar su visión de los hechos y validar cómo se sentía en esos momentos.

Habla de sus trastornos de conducta en el instituto y los enfrentamientos con el profesorado. Lo hace descargando de forma intensa su rabia y enojo, relatando incidente tras incidente, hasta que al final puede llegar a expresar una reflexión que dé sentido a lo que le ocurre: “tengo ganas de matar a alguien; me excito, me excito, me excito hasta que ya no sé qué hago, me doy cuenta demasiado tarde”. Nos parece sumamente valioso este pensamiento en tanto abre la posibilidad de una representación de sus conflictos y de contacto con sus vivencias más internas. Por los padres sé que tras estos episodios se queda abatido en casa, y a petición del padre se disculpa en el instituto al día siguiente. Esta lealtad hacia el padre está presente también en su motivación para correr en motocross, actividad que había hecho el padre de joven y que le financia. La gravedad de las lesiones sufridas

contrastan con sus afirmaciones: “yo soy de hierro tío, he sufrido mucho pero yo soy más fuerte que el dolor”. Al señalar la contradicción entre hacerse daño y negar que le afecte, me comenta que su padre tiene razón en que siga corriendo en motos, “si no corriese estaría perdido, estaría todo el día de fiesta por ahí”. Y a continuación me sorprende subiendo el tono de voz de forma agresiva para añadir con gran vehemencia: “si tienes un hijo gay me lo llevo de putas, es gente rara, ha nacido rara, habría que encerrarlos en un gueto, si yo fuera presidente del gobierno haría experimentos con ellos”. Tras un rato insistiendo en este tipo de discurso procuro rebajar la tensión introduciendo algo de humor, y él bromea también preguntándome si soy drogata, hippie o maricón. Le comento que parece hablar de la relación entre ser fuerte o débil. Y añade, con un tono más afectivo: “yo tiro adelante a pesar de toda la mierda que llevo dentro, me he hecho fuerte, me he hecho... un guerrero... yo de pequeño era un puto mierdas, no me sabía defender, si no tienes a nadie que te defienda tienes que defenderte solo”. Finalmente puede ver la relación de sus sentimientos de indefensión con su vivencia de la adopción.

Tras esta sesión hay un cambio, aparece por primera vez un tono más depresivo, del que previamente me informa su familia. “Llevo cuatro días llorando mucho, lloro porque no estoy bien, me hago ollas y me destruyo a mí mismo... necesito estar solo, saber por qué estoy aquí y quién soy, por qué me ha pasado a mí, por qué no puedo volver a mi país. Sé que quién me ha cuidado y enseñado son mis padres, pero me gustaría saber por qué me han hecho esto”. Señalo su vivencia de rechazo en relación a la adopción y me dice que sí, que se siente “rechazado, apartado, olvidado. La verdad sólo la sabe el instituto nacional de allí, sólo me dicen que no me podían cuidar”. Su vivencia de rechazo es lacerante, yo le explico lo que sé a través de sus padres, le hablo de la carta que le dejó la familia de acogida y que nunca ha leído. Me dice: “si leo esa carta me dará un infarto”. Y pasa a hablar con mucha rabia de una pelea reciente con otro alumno, también adoptado: “si su madre me dice algo (por haber pegado al otro chico) la mato allí mismo delante de su hijo”. Al señalar el cambio súbito de tema me comenta de forma muy seca que “no le gusta hablar de sentimientos”. Comento que frente a su vivencia de debilidad le sale una parte matona para hacerse el fuerte, pero que entonces no puede acercarse a lo que de verdad le importa. “Si me vuelve a hacer algo lo destruiré, lo mataré, lo destruiré sentimentalmente como me han hecho a mí”. Le digo que parece vivir la adopción como algo que lo dañó y entonces hace un comentario muy significativo: “si no hago el tonto allí donde voy me pasaría todo el día pensando en matarme, encontré una manera de tapar todo eso”. Me parece muy importante esta posibilidad de encontrar un significado a sus TC en vez de la mera descarga. Inmediatamente después vuelve a mostrar su rabia: “sabes que si dices algo que no me gusta puedo venir y romperte los dientes, yo aviso, cállate o petaré, si me oyes hablar en castellano (habla habitualmente en catalán) es que estoy muy cabreado”. Le comento que me asusta diciendo estas cosas, con la intención de que sea consciente de su exaltación. Él juega con un papel grande que enrolla, dice que es un porro. Le digo si me está enseñando sus «habilidades» y ríe, podemos bromear un poco. Me pregunta si yo he ido al psicólogo y le digo que sí. Vuelvo al tema de la adopción y le comento que seguramente fue una forma de protegerle. Me pregunta si estoy enfermo, por decirle estas cosas, pero acaba la sesión poniéndome música en su teléfono móvil de su país de origen.

A la sesión siguiente viene con una camiseta de la selección de fútbol de su país de origen. Me dice que está mal, ha cogido por el pecho a un profesor del IES. Siente que lo han acusado injustamente de ser una mala compañía para los demás, que no se han disculpado por decirle eso y que le habían gritado, lo que no tolera. “Tengo que matarlo”. Normalmente intento no censurar sus conductas disruptivas hasta que no haya expresado antes lo que pasó y cómo se sentía en ese momento. Le comento que, a pesar del incidente, quizá en el instituto no han podido darse cuenta de que al coger por la camiseta al director se había esforzado para no llegar a pegarle, pero que me preocupaba cómo podía perder el control y que tal vez sería buena idea volver a probar la medicación. “Olvídate, mejor droga”. Le digo que de cualquier forma podemos hablar de ello. “Son malas

(las pastillas), no quiero estar pendiente de tener que tomarlas, tener que venir a visitas para que la psiquiatra me hable todo el tiempo de esto (como algo negativo sobre él, algo que lo deja expuesto), no quiero depender, ser un robot, quiero depender de mí”. Entendemos aquí por primera vez algunas de sus razones para pedir suspender el tratamiento farmacológico. Me explica que fuma porros para ir al instituto: “no entiendo nada y cuando se lo digo me dicen que haber atendido. Y tú me dices que la única solución es empastillarme”. Le comento que si para él tomar la medicación es sentirse un robot yo soy el primero que prefiere que no la tome. “Pensaba que mi bienestar dependía de una pastilla y no es así, me dejan igual”.

Antes de acudir a la próxima sesión hay un altercado en el aula con soporte clínico donde acaba desmontando todo el mobiliario después de sentirse injustamente tratado por una observación sobre el estado de una silla. Le explico que parecen ser momentos donde el desencadenante es algo que vive como injusticia y le hace sentirse solo y amenazado. “¿Cómo reaccionas tú si estás muy nervioso? Si no la lío en el cole, la lío en casa. Necesito liarla para ser yo, al menos una vez por día”. Reconoce que le gusta portarse mal, hacer reír a toda la clase con sus salidas de tono. Le digo que parece que le gusta ser quien lleva la iniciativa. “No me siento bien cuando le pego a alguien, pero así puedo sacar toda la mierda”. Me comenta que en casa sus reacciones agresivas desproporcionadas son una manera de hacer callar a la madre cuando esta le grita, por el malestar que le despiertan los gritos. Quedamos en que volveremos a valorar la medicación. Se pauta una dosis baja de neuroléptico.

Poco después pasa una gripe, tras varios años sin haber estado nunca enfermo. La medicación le da sueño, “es como un porro”, pero está más tranquilo. Me habla de que su abuela le pegaba de pequeño: “yo era el demonio”. ¿La liaba ya entonces como forma de tener cierto control? Pasa a enumerarme detalladamente todas las fracturas y golpes que se ha hecho corriendo en motos: “me duelen los huesos, estoy hecho una mierda, ahora el problema es que no me mate, si me vuelvo a romper algo entonces sí que lo dejo”. Parece que la actitud omnipotente empieza a ceder. Le han ofrecido ayuda en el instituto, pero desconfía de sus intenciones, «por qué me ayudan ahora cuando nunca lo han hecho antes... entro fumado para aguantar los discursos de los imbéciles. No me han ayudado nunca, me han dejado abandonado, me han dado por tonto, pero yo siempre he hecho lo que he querido. Que te pongan un parte no es un límite, cuando me lo ponen lo que siento es rabia”.

Se acercan las vacaciones de Navidad y teme las discusiones entre familiares. Me explica la historia de su familia materna y paterna, aparecen así elementos de diferenciación y matización en su discurso. Me enseña videos de Youtube donde aparecen muertos en accidentes de tráfico y me pregunta si me parece que pueden ser reales. Me habla de países árabes con leyes drásticas, como algo que puede dar seguridad. Y me comenta: “cuando yo era pequeño no paraba, quería hacer enfadar a todos”. ¿Los ponía a prueba? “No me han dicho nunca que no me quieren, nunca se han arrepentido de adoptarme”. Se plantea si debería decirle a sus padres que fuma porros: “¿Qué harías tú si pillas a tu hijo fumando porros, le pegarías una hostia, lo encerrarías en un centro? No quiero que pase por lo que yo (refiriéndose a haber sido apartado de su familia)”. En la sesión siguiente pasado fiestas anuncia que no fuma ya, está más contento. Pero viene con heridas en la mano porque ha vuelto a pelearse, esta vez por celos con su novia. Poco antes de esta pelea había tenido un altercado en la estación de trenes que acabó en comisaría. Hace autocrítica: “La lié, casi mato a alguien por nada”. Se da cuenta a lo largo de la sesión de que la situación en la estación fue un malentendido con los vigilantes de seguridad, que en realidad no estaban amenazándolo y que su novia en realidad no quiere que se pegue. Rebajar la excitación inicial de su discurso y poder aceptar mis comentarios le permite reflexionar sobre sus vivencias, de la certeza inicial de sus sentimientos de persecución puede pasar a plantearse alternativas a su conducta. De repente me pregunta qué pienso de la teoría de la evolución, si creo que estamos solos en el universo. Al final vemos que lo que le preocupa es si en el más allá también puede también tener sentimientos de ser amenazado, a lo que exclama «sí, tío», sorprendido por sentirse comprendido.

Poco después vuelve a tener otra pelea por celos, está triste: “no tendría que haber hecho nada, pensaba que me quitaba a mi novia, que ella me dejaba de lado”. Pasa a preocuparse por mí, si tengo mucho trabajo, si puedo con todo. Está capacidad de reflexionar sobre lo que le sucede y expresar de forma auténtica sus sentimientos más íntimos se va haciendo más patente. “Me cuesta mirar a la cara cuando hablo con alguien, me pongo nervioso y no me concentro, es como enfrentarme. Me como el coco y pienso cosas malas de todos, pienso lo peor y me enfado con ellos. Cuando me llevaban al psicólogo intentaba que fuera él el que me echase, sólo querían comerme el coco, pues vete a la mierda”. Este hacerse “ollas” también le pasa con videos que ve en la red. Se autosugestiona con fenómenos paranormales o con historias apocalípticas y tiene que marchar de casa al sentir miedo y no poder calmarse. Le cuesta mucho confiar en la gente, “tú no confías en un ser humano, confías en lo que hace... cuando te vi por primera vez pensé que a ver si tendría que romperte los dientes, pero no, confié en ti y tú en mí, te he aportado cosas para que me ayudes y ha ido bien”.

Su actitud física ha cambiado, se sienta ahora de frente, cerca, con actitud más relajada y expresión de estar contento por venir. A través del aula con soporte clínico sé que les habla muy bien de mí. Alterna momentos de sobreexcitación donde expresa alguna bravata (“yo ahora pego con control, pim, pam, ya no se me va la olla como para querer matar... si te tengo que romper la cara ahora mismo te la parto, si quieres”) con reflexiones genuinas sobre sí mismo y sus relaciones. “Tengo mucha rabia por las cosas que me han hecho. Hasta que no pueda colocar lo de la adopción no se me irán los problemas, me abandonaron, no me querían, debían tener algún problema, ¿pero cuál? Eres de las pocas personas que me han tocado dentro. Siempre hablo de drogas, de putas, me hago el fuerte y así no sacan temas delicados, hago mal antes de que me lo hagan, pero en realidad soy muy sentimental”. Sorprendentemente ahora le preocupa el auge de partidos de extrema derecha, que atacan a los gays y quieren que las madres “no salgan de casa; me preocupa el futuro, cómo serán las cosas. Cuando yo sea grande tú no estarás”. Parece que puede imaginar una separación entre nosotros que no vuelva a ser un abandono. Quiere dejar la medicación para evitar tener visitas con la psiquiatra y que hablen de cosas malas suyas, pero acepta esperar al menos a final de curso para valorarlo.

En una sesión a inicios de febrero explica apesadumbrado que “la lié en casa”, una silla voló hasta dar con el techo. Le habían gritado antes y eso es algo que no soporta. “Fue por una tontería, por la medicación. Me la quería tomar yo por mí mismo y me insistían. Me da rabia que no confíen en mí”. De nuevo aparece la amenaza de abandono si se siente atacado. Por su relato parece que estaba tenso en casa, le pregunto si había pasado algo antes, ya que él no suele hacer por sí mismo este tipo de asociación. Efectivamente, también hubo otro incidente en el instituto donde le gritaron y se encaró con un profesor. Estaba dormido en clase y le despertaron de golpe. Le dijeron de salir a la pizarra y se negó, “si no sé ni en qué asignatura estamos, puto imbécil”. Entonces le llaman maleducado y él salta y amenaza con partirle la cara si le vuelve a llamar maleducado. Con algo de humor le hago ver que él “sólo” le había dicho “puto imbécil”, pero que claro, que a él le habían llamado maleducado. “Me siento atacado”. Esta es una afirmación importante, como si tomase consciencia de lo que implica, y quizás para rebajar la tensión necesita bromear a continuación: “¿todavía eres yonki?” me pregunta. Reímos un poco con el tema y pasa a decirme que tiene migrañas, le provocan mareo, si yo sé en qué consiste eso de las migrañas. Le comento que el estrés puede ser un factor desencadenante. “No sé cómo desahogarme, con las pastillas se me quedan las cosas dentro y no me desahogo, todo me lo quedo yo y no saco la rabia. Si me atacan soy como un petardo, si me enciendes exploto, no tengo mecha para parar”. Y añade: “mi coco me duele, me hace daño, sabe que está haciendo cosas que nunca ha hecho, pensar los problemas, y eso me marea”. A partir de aquí hablamos de temas que le interesan, la vida extraterrestre, los monstruos marinos del fondo del océano.

Después de meses sin tener ningún altercado conductual importante volvió a tener un episodio por el que le expulsan de nuevo una semana del instituto. En un patio se le acercó una profesora a recriminarles que fumasen. Él niega que estuviesen fumando, pero lo que más le alteró fue que le gritasen. Por primera vez explica que cuando le gritan le vienen a la cabeza recuerdos de su madre gritándole por su mala conducta cuando él era muy pequeño, como si fuesen flashbacks. Recuerda la tristeza, la rabia y el terror que sentía al pensar que podían volver a abandonarlo. Al hablarlo con él cede la intensidad emocional presente en su relato al principio y aparece la comprensión de sus vivencias: al gritarle la profesora se sintió amenazado y él la amenazó como forma de defenderse. Ahora se da cuenta que no tiene por qué ir a ajustar cuentas de nuevo con esta profesora como pensaba hacer, basta con irse. Me pide que vuelva a repetirle mi explicación para recordar mis palabras cuando esté en el instituto. Explica también que por eso se queda tan abatido después de tener algún incidente conductual, teme que vuelva a ser rechazado y que se cumplan sus temores. Me pregunta si puedo hablar de ello con su madre para que no le grite en otras ocasiones.

Conclusión

Las sesiones son ahora muy fluidas, con capacidad de reflexión. Muchas veces empieza las sesiones con mucha excitación, pero tras validar sus sentimientos al respecto rápidamente acepta mis comentarios y aparecen reflexiones profundas. La mejora la corroboran tanto sus padres como en el instituto y en el aula con soporte clínico, en todos los ámbitos describen el cambio respecto al curso pasado como “espectacular”. Se ha visto con claridad la relación de su sintomatología conductual con las ansiedades arcaicas ligadas al temor al abandono. Durante este tiempo la relación ha pasado de la actitud defensiva inicial a una mayor capacidad de contacto consigo mismo. Puede hablar de los aspectos importantes de su propia historia y cómo influyen en sus relaciones, hay mayor capacidad de diferenciación, aparecen sentimientos depresivos que puede tolerar y mostrar interés y preocupación por los demás, puede admitir sus propias contradicciones y analizarlas, reflexionar sobre sus sentimientos y emociones. La impresión es que las intensas ansiedades que sufre habían desbordado su aparato psíquico y lastrado su desarrollo, interfiriendo en su capacidad de aprendizaje. Ahora es como si por primera vez le hubiese puesto nombre a sus vivencias y entendido la relación con sus trastornos de conducta, puede plantearse alternativas diferentes al enfrentamiento directo con los otros. Dentro del abordaje multimodal que este tipo de casos requiere, la psicoterapia ha sido una indicación necesaria para disminuir este nivel de ansiedad, poder dar otra salida a sus conflictos y acceder a un mejor uso de sus capacidades psíquicas. Él tenía esta capacidad de contacto con otros adultos significativos, como su tutor en el instituto o un monitor de deportes; la psicoterapia permitió usar esta capacidad de contacto para poner en marcha un proceso que modificara sus intensas ansiedades.

DISCUSIÓN. SOBRE LA UTILIDAD DE LA MBT

Los casos de Trastornos graves de conducta en la adolescencia representan un reto en la clínica actual por sus dificultades de vinculación y la necesidad de un abordaje multimodal. La psicoterapia puede ser una buena indicación de tratamiento cuando se adapta al funcionamiento mental existente. En el caso presentado vemos la utilidad del Tratamiento basado en la mentalización (Mentalization-Based Treatment) desarrollado por Peter Fonagy y colaboradores en su aplicación a adolescentes. Sus dificultades conductuales responden a ansiedades muy intensas ya presentes en su infancia. Las serias dificultades de mentalización le impiden elaborar estas ansiedades y esto agrava la expresión conductual de las tensiones, invadiendo su funcionamiento mental e interfiriendo en los procesos de desarrollo, con repercusión en la organización de la personalidad y en el rendimiento intelectual.

Las técnicas de MBT han resultado de mucha utilidad para ayudar a crear una vinculación que permita que el proceso psicoterapéutico tenga lugar. Podemos destacar la importancia de la validación de sus vivencias, algo que en este tipo de pacientes suele ser difícil de realizar por su entorno, ya las conductas disruptivas que presentan provocan situaciones de enfrentamiento directo. Validar sus vivencias no es justificar su comportamiento sino entender sus sentimientos, y es justamente a partir de aquí que el paciente puede modificar su funcionamiento mental y reconocer lo inadecuado de sus reacciones. Se favorece en un primer momento que pueda expresarnos su punto de vista, interesarnos de forma genuina por su funcionamiento y sus motivaciones. Cuando esto se consigue es mucho más fácil que pueda aceptar las reformulaciones que le planteamos. Al contrario, plantearle de entrada nuestras formulaciones puede llevar a intensificar sus reacciones defensivas y hacer peligrar la vinculación con nosotros.

La tensión propia de las alteraciones conductuales y la intensidad emocional de las vivencias puede crear situaciones de tensión difíciles de manejar en el tratamiento al igual que sucede en otros ámbitos de su vida. Las técnicas de MBT nos ayudan también a gestionar estos momentos que de no resolverse pueden colocar el tratamiento en situaciones de impasse. El objetivo es reducir la tensión excesiva, dado que impide acceder a niveles más adecuados de mentalización. Es de mucha utilidad poder introducir el humor, cambiar el foco del tema o recurrir a la universalidad de los sentimientos experimentados. La exposición detallada del caso permite ver algunas de estas situaciones, y cómo a partir de estas interacciones se refuerza la confianza del paciente en el terapeuta, la capacidad de mentalizar su estado y acceder a gestionar de una manera más reflexiva los conflictos. El uso de grabaciones en las supervisiones de MBT ayuda a apreciar este tipo de interacciones y el impacto emocional que generan.

REFERENCIAS

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Dangerfield, M. (2017). Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 63, 29-47.
- Knobel Freud, J. (2016). *Un obstáculo en la psicoterapia de la adopción*. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 62, 71-74.
- Lasa, A. (2016). Adolescencia y Salud Mental. Una aproximación desde la relación clínica. Madrid: Grupo 5.
- Liaño, C., Cruz, D., Gómez, D. y Palacio-Espasa, F. (2017). Recursos intermedios en el abordaje de menores con Trastorno mental grave. Valoración psicopatológica de un caso atendido en una unidad terapéutico-educativa. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 64, 41-46.
- Pérez-Simó, R., Claret, J., Cruz, D., Fontbernat, J. M. y Mañé, M. (2007). *Lo mejor y lo peor de la adolescencia*. Barcelona: Cahoba.

EL MIEDO EN EL SER HUMANO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

FEAR IN THE HUMAN BEING FROM A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE

Pi Navarro, Vicent; Rodrigo Plaza, Paula y Tarazona Martorell, Amador¹

RESUMEN

Estudio del miedo como afecto en sus distintas dimensiones, cualidades y cantidades, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento psicoterapéutico. Se considera afecto principal que en su gestión, y en relación con las relaciones sociales permite la mentalización y el desarrollo humano. El miedo si es desbordante se vuelve tóxico, incapacitando a la mente para que pueda pensar. En ese sentido, si continúa en cantidad y en el tiempo, no se puede significar, siendo un elemento, en esta propuesta, como fundador del trastorno mental. En ese sentido se trabaja desde la experiencia y en los modelos psicoanalíticos que utilizamos, como un factor a comprender y trabajar en los alumnos y pacientes del trastorno autista, así como en los trastornos mentales graves de los adultos.

Palabras clave: TEA (trastorno del espectro autista), TMG (Trastorno Mental Grave), Clínica INDE (Clínica de Integración y Desarrollo), trabajo del doble², resiliencia, verdadero y falso self, derrumbe y catástrofe.

ABSTRACT

A study of fear as a feeling in its different dimensions, qualities and quantities, both for diagnosis and psychotherapeutic treatment. It is considered to be a principal feeling which, in its management and in social relationships, allows awareness and human development. Fear, if it is overwhelming, becomes toxic, preventing the mind from thinking. In that sense, if it persists in quality and over time, it cannot be considered, as an element, as the cause of mental disorder in this proposal. In this sense it is worked on from experience and in the psychoanalytic models that we use, as a factor to understand and work on students and patients with autistic disorder, as well as in serious mental disorders in adults.

Key words: AET (autistic spectral disorder), Serious mental disorder, Clínica INDE (Clínica de Integración y Desarrollo), double work, resilience, true and false self, collapse and catastrophe.

-
- 1 Participantes: Equipo de escritura de Clínica INDE. Sara Polo Hernández, Arantxa Navarro Lon, Borja Francés García, Vicente Herrero Polo, Juana María Hernández Meseguer, Remei Balbastre Royo, Margarita Hernández Murillo, Cristina Espinoza Moreira: CLINICA INDE: C/ Cuenca 21, pta1, Valencia 46007. correspondencia: atarazonamartorell@gmail.com
 - 2 Proceso de utilización de la estereotipia y de las manías, en reeducación y clínica, repitiéndolas, para establecer el vínculo visual, y luego complejizar la relación. Process of using stereotyping and mania, in reeducation and clinic, repeating them, to establish the visual bond, and then making the relationship more complex. Procés d'utilització de la estereotipia i de les manies, en reeducació i clínica, repetint-les, per establir el vñcle visual, i després complexitzar la relació

INTRODUCCIÓN

Terapeuta: ¿Sabes qué es un psicólogo?

Niña 8 años: "Alguien que ayuda a personas que tienen miedo a sus cosas".

¿Y por qué sobre el miedo?

En nuestra vida diaria parece que los afectos y sentimientos, en especial, los que se sienten como negativos, se sufren y se viven, pero no son normalmente expresados ni comunicados. En algunas ocasiones, son exteriorizados a través de síntomas, en otras ocasiones, se reprimen como culposos, ya que generan vulnerabilidad y una fragilidad que nos pone a merced del otro. La experiencia profesional nos muestra la importancia efectiva de dichos afectos, su toxicidad si son intensos y las consecuencias que tienen para el desarrollo de la identidad personal y las relaciones sociales.

Comúnmente entendemos el miedo como una emoción básica que surge ante la percepción de un peligro, sea éste real o imaginario. En psicoanálisis el miedo, en sus distintas manifestaciones, es un afecto esencial en la explicación de los distintos trastornos mentales. En ocasiones se entiende como el origen de ellos, aunque en otras teorías psicoanalíticas y modelos terapéuticos afines, se dé más importancia a la palabra que al afecto. Tenemos teorías que priorizan la palabra al afecto, el lenguaje verbal al lenguaje preverbal, la relación edípica a las relaciones simbióticas originarias, etc. Congruentemente, distintos modelos generan distintas prácticas clínicas.

Metodología de trabajo

El grupo de trabajo de la clínica INDE surgió con la intención de profundizar en el conocimiento de los trastornos mentales más graves y su relación con los estigmas que generan en la sociedad. Para ello se formalizó una metodología de trabajo basada en el diálogo interdisciplinar. Concebimos el acto cognoscitivo, ante todo, como una relación dialógica entre sujeto-objeto. La educación y el conocimiento como la transmisión y discusión pública de esta relación. Los distintos integrantes del grupo de trabajo de la clínica INDE comparten opiniones y experiencias a través de talleres de escritura, encuentros para la reflexión, intercambio de documentación, y otras formas de comunicación. Se persigue comunicar desde la experiencia, donde cada uno de los integrantes aporte los conocimientos adquiridos en su desempeño profesional y su desarrollo personal; investigar y compartir, tanto modelos teóricos como ideas personales. El contenido concreto de esta reflexión en grupo, surge de algún comentario de interés para la profesión, o de propuestas concretas que generan interés en el grupo. De este modo surgió la idea de hablar del miedo y su relación con la psicopatología. A partir de ese momento, los integrantes del grupo de trabajo fueron realizando sus aportaciones primero en forma de pequeños comentarios, que recogían lecturas de libros, artículos de prensa, y reflexiones personales. Tras este primer momento, se llevó a cabo un encuentro donde el grupo de trabajo fue profundizando en sus reflexiones, recopilando lo dicho y poniéndolo en relación tanto con las experiencias clínicas de los participantes como con los postulados teóricos de Wilfred Bion, autor cuyas ideas han servido de prisma para el abordaje teórico del tema que nos ocupa.

Estos encuentros fueron transcritos en un documento del que, tras sucesivas transformaciones, surge el presente artículo.

MIEDO Y DESARROLLO EVOLUTIVO

Los tres elementos de la estructura mental

El ser humano ha desarrollado una mente para digerir experiencias y emociones. Parecería que el aparato mental está dirigido al exterior porque nos aporta sensopercepciones con las cuales podemos pensar gracias a que es más fácil diferenciar, concretar, clasificar y seriar objetos. Sin embargo, habiendo creado todo un mundo de clasificaciones, conceptualizaciones y seriaciones de lo externo, lo que quiere es conocer y gestionar lo interno. Es a través de las acciones que dirigimos a fuera, a través de la relación con otros seres humanos, que tramitamos sensaciones, sentimientos y afectos.

Bion (1962) hablaba de tres elementos que estructuran y desarrollan el psiquismo: el amor, el odio y el conocimiento. Estos serían los tres átomos para formar la molécula mental y la mezcla de los tres formarían el bienestar. Enmarca dentro del elemento odio afectos que tienen unas manifestaciones impregnadas de violencia y agresividad, donde el ataque es hacia lo externo, dirigido al semejante, y afectos cuyas manifestaciones se dirigen hacia dentro, angustia, ansiedad, culpa... El odio hacia uno mismo y el odio hacia lo otro. Hay como un espectro de estos afectos que se gradúan teniendo en cuenta la calidad y la cantidad. Si hablamos del ataque hacia el otro, podemos hablar de la agresividad, un sentimiento utilizado también para establecer límites. Sin embargo, Bion (1992) consideraba la violencia, cuando es continua e intensa, como un elemento patológico de la personalidad. Las cosas no son tan simples. A veces la violencia es de utilidad, cuando es en un momento determinado, es usada para evitar males mayores. Para considerar la significación de un sentimiento y su función adaptativa es necesario atender al contexto en el que ocurre y al fin que persigue (ejemplo de cruzar la calle con peligro de atropello y que la otra persona le coja bruscamente, evita el accidente, pero quizás le disloque el brazo).

Con ello, entendemos que la agresividad o el miedo, cualquier sentimiento, no tiene por qué ser negativo ni positivo. Es en su relación con el entorno cuando se ligan unos con otros y por tanto, es a través de esta relación que podemos afirmar así si van en la línea de la salud o de la patología.

Situamos en el contexto del odio y la agresión el surgimiento del miedo, como un sentir hacia lo externo, que es violento sobre uno mismo, y ahora ya es capaz el sujeto de protegerse. Puede percibirse como amenazada la integridad física, la integridad psíquica, la imagen personal o la propia concepción de uno mismo y del mundo. Surge sobre lo desconocido y lo que no es familiar. Por ejemplo, la experiencia de un viaje que haces por primera vez y quizás no lo organices tú: hay inquietud, intranquilidad, ansiedad. Te sales de lo habitual y ya hay miedo.

“El miedo, el placer y la destrucción o ira, son las piedras angulares de todo proceso de desarrollo. El problema aparecerá cuando éstas no consigan interactuar de una forma armónica. No hay vinculación sin miedo al extraño, por ejemplo” (comentario de un miembro del grupo).

Tenemos ante nosotros pues, dos afectos opuestos: **La rabia/ira y el miedo**. Pueden ser sucesivos, pero si se tiene uno no se tiene otro. El soldado en la trinchera tiene miedo y como es insoportable, salta y ataca al enemigo, evita el miedo, con la agresividad motriz del ataque. Hay personas que matan y no tienen miedo consciente. El esquizofrénico que mata no tiene miedo, incluso experimenta placer viendo el miedo de la víctima. Es fundamental comprender que no es que no se tenga miedo, sino que para no sentir miedo se vuelve violento y así produce y ve su miedo en el otro. Es decir, se defiende de su miedo incon-

sciente, provocando el miedo en su víctima y consiguiendo dominio, poder y placer narcisista. El que mata es un impotente con un miedo atroz del que se defiende provocándolo en el otro. El placer puede surgir, viendo el miedo en el rostro de la víctima.

La rabia, la ira, la violencia y la envidia serían, así pues, dimensiones extremas y patológicas de la agresión. La ansiedad, la angustia, las fobias y la desconfianza dimensiones del miedo.

Miedo, angustia e identidad personal

A raíz de la lectura de “El hombre en busca del sentido” de Víctor Frankl (1998), el cual relata la capacidad humana de trascender sus dificultades y descubrir la verdad conveniente y orientadora, el grupo debate sobre la relación entre el miedo y el desarrollo de la identidad personal entendida como una personalidad que adquiere el máximo de evolución en todas sus capacidades emocionales, sociales y cognitivas. La identidad personal se va construyendo con significados históricos idiosincrásicos. En el camino de encontrar la plenitud habrá dificultades, enfermedades, conflictos, duelos, que podremos definir como lo siniestro, lo extraño o lo desconocido. Estas dificultades nos llevan al miedo y la angustia. Para crecer mentalmente se requiere gestionar el sufrimiento y el miedo a conocer. El superarlo nos lleva al saber. Solo atravesando ese miedo llegamos a un conocimiento más profundo, a lo desconocido, y al cumplimiento del deseo que nos llena de satisfacción.

El miedo y la angustia son necesarios para el desarrollo. Si hablásemos en términos constructivistas, lo más importante, sería la movilización de esquemas, el reto cognitivo, etc.; en términos psicoanalíticos, el desarrollo de la capacidad simbólica. Todos los avances en el desarrollo generan incertidumbre y angustia, elementos desconocidos e inciertos. En los niños, si se tiene un buen apoyo e interpretación de los significados emocionales de sus conductas por parte de los cuidadores, se producen avances. Se calman y se contiene la angustia, y con ello se produce el desarrollo y el aprendizaje.

“Siempre digo que he acabado en psicoanálisis en primer lugar por necesidad personal y aprovechando el conocimiento que de ahí se genera, ayudar a otras personas a transitar esos estados de angustia” (comentario de un miembro del grupo).

Podríamos decir, por tanto, que superar el miedo te hace más fuerte. El término que define ese salir reforzado de una experiencia dolorosa es el de **resiliencia** (Piaggio, 2009), un concepto muy importante que utilizamos actualmente. La entendemos como la capacidad que tiene un sujeto para superar situaciones traumáticas. Sería como superar el miedo que nos ocasiona el vivir. Tiene que ver por lo tanto en la gestión emocional y con la superación de los duelos.

Construir, destruir y volver a reconstruir.

En el grupo se expone la conexión existente entre miedo, trauma y disociación a partir del libro “La sombra del tsunami” de Bromberg (2017). Este explica la expresión neurofisiológica y somática de los estados de trauma, hiperexcitación y disociación. Además, se centra en el trauma relacional temprano del apego y de cómo, en función de él, se estructura la personalidad. Expone los procesos neurofisiológicos asociados, los cuales podrían ser una buena base sobre la que argumentar la importancia de la regulación de los afectos en el bebé, especialmente frente a las personas escépticas que no ven el alcance de la concepción relacional del psiquismo.

El concepto de “derrumbe” del yo de Winnicot (1987), suscita la lectura del fragmento de un texto extraído de Jericó (2010), el cual nos hace entrever que el ego es como un edificio que construimos a base de dogmas, traumas, películas, experiencias, televisión, personas queridas y no queridas. Construimos el ego en base a todo ello. Destruir es ir derrumbando partes de ese edificio. En general, para pensar construimos un concepto, sobre la vida, sobre el futuro o sobre el pasado, sobre una cosa, sobre una persona, sobre nuestras relaciones. A través de la experiencia nos creamos una idea, que puede estar idealizada, a partir de la suma de experiencias, de la saturación, haciendo, se va desidealizando, fragmentando, descomponiendo, para volver a ser reconstruida con las sucesivas experiencias. Este proceso es quizás más evidente en la adolescencia cuando se produce una ruptura, porque se introducen nuevos elementos, que propician un cambio catastrófico en el aparato conceptual del ser humano. De tal manera que el elemento nuevo tiene que permitir que la idea no se haga rígida, tiene que existir la capacidad de desorganizarse en un proceso de tipo psicótico, caótico, y en ese sentido, lo que se fuerza es un trabajo de reelaboración, para salir de la turbulencia emocional.

En la esfera del conocimiento científico se ejemplifica claramente lo que venimos diciendo. Cuando un modelo nuevo se descubre, se rompe el modelo anterior y se reelabora el nuevo. Newton crea un modelo científico a base del principio de causalidad. El modelo de Einstein es a base del principio de la relatividad. Posteriormente con la teoría cuántica se rompe con los modelos científicos anteriores y se puede explicar el universo, lo más grande y lo más pequeño.

MIEDO Y PSICOPATOLOGÍA

El miedo en las psicosis infantiles

Bion (1962) describe un miedo inicial que es el miedo sin nombre, significado profundo de los TMG como en el autismo o la psicosis. Hay un miedo relacionado con la necesidad de conocer, que sufrimos todos los seres humanos, distinto es al terror sin nombre que impide el conocimiento. El feto tiene emociones, pero no tiene consciencia, Bion lo llamará Elementos Beta, son emociones y sensaciones para nosotros sin consciencia. Cuando el feto tiene experiencias desagradables lo primero que sufre es displacer, miedo, pero si se convierte en terror sin nombre, porque no se puede nombrar, no hay función Alfa de la madre, no se puede gestionar, calmar, no hay posibilidad de consciencia, y si es continuado, puede provocar autismo en nuestra hipótesis, cuando se produce a edades muy tempranas, o también psicosis infantil.

Surge de nuevo el concepto del “derrumbe del yo” de Winnicot (1987). El miedo intenso se convierte en un impedimento, no posibilita organizar la estructura mental, y por tanto fija la creencia de no poder sobreponerse. Se entra en un proceso de tipo psicótico, en el miedo atroz, un brote psicótico que bloquea la mente y de donde para salir de él, con frecuencia se ataca al otro. En el derrumbe, como un pozo sin fondo, insoportable, el terror sin nombre, la persona intenta deconstruir, ya sea mediante la paranoia, el delirio o intenta la actuación. El término derrumbe se refiere sobre todo a un desmoronamiento, un caos de tipo mental, cuando la parte psicótica de la personalidad está totalmente desconectada y disociada. Winnicott podría haber explicado el derrumbe de la personalidad cuando una situación traumática grave conlleva una herida profunda e insoportable.

Relacionado con el derrumbe encontramos el verdadero y el falso self (Winnicot, 1962), y la situación traumática al nacer. La primera infancia, constituiría el verdadero self frágil, con miedo al mundo, recluso internamente; el falso self como la apariencia hacia el mundo social, que en ocasiones es de arrogancia, intolerancia y violencia. El verdadero self, en psicoterapia se tiene que reparar. Bion denomina catástrofe, al proceso de derrumbe que describe Winnicott.

A diferencia de la catástrofe, el cambio catastrófico, es un cambio doloroso pero significativo, que transforma el conocimiento anterior. Se vive con dolor, pero permite superar la frustración de lo desconocido y adaptarse, asimilando lo nuevo, incorporando elementos, desencadenando reestructuraciones que transforman la identidad, con el coste personal que eso supone. Si en vez del cambio, hay catástrofe, sin posibilidad ante la situación traumática de una posterior elaboración, explicaría la experiencia del brote psicótico. Algo nuevo traumático, algo que no puede ser gestionado e inunda de miedo la mente, con desestructuración mental y sin posibilidad de asimilar y controlar la experiencia que desborda.

El miedo en el autismo

La referencia al miedo en el autismo surge a raíz del artículo de Uribarri (2017) aportado por uno de los integrantes del grupo. Éste habla sobre una práctica japonesa, la cual consiste en envolverse en una tela fina, en postura fetal sobre una colchoneta y mirando al techo. Se utiliza para la recuperación física de las mujeres después de dar a luz y para combatir, de forma general, el estrés. Sugiere imitar en un entorno controlado una regresión al útero, lo que a su vez se plantea como potencialmente peligroso, pudiendo llegar a producir una exposición a nivel sensorial tan primitivo que desencadenase la pérdida de control de la situación, incluso facilitase el desarrollo de un brote psicótico, al revivir angustias muy lejanas. No obstante, si el procedimiento se lleva a cabo en un contexto terapéutico y controlado, no tiene porque generar una regresión tan profunda. La regresión patológica surgiría al aplicar tal procedimiento de manera intrusiva y violenta. Es asociado por uno de los integrantes del grupo al bienestar que produce el abrazo y las dificultades que hay en los TMs, con el abrazar y el contacto físico.

En las personas con autismo, el abandono de las relaciones simbióticas, en pro de una mayor individualización y separación es muy limitado. Los objetos de las primeras relaciones simbióticas no se abandonaban, existe miedo, un miedo tan intenso que no permite transitar el proceso de duelo, que llevará a la individuación y separación. No posibilita tomar nuevos objetos vinculares, estableciendo relaciones más complejas que estructuren el aparato mental. La experiencia nos indica, que cuando el niño autista, sale de su aislamiento, ya puede agredir al semejante. El otro es percibido, aunque se pueda vivir como peligroso.

Para el crecimiento hay que atravesar el miedo y llegar al conocimiento. Las personas con TEA, en cambio desarrollan estereotipias que sirven para crear un mundo cerrado, circular y sensorial, que les aísla del mundo externo, y en consecuencia limita la experiencia e impide el conocimiento.

La dificultad de la patología TEA es que se crean defensas para no conocer. Cuando esas defensas fracasan se pueden dar dos procesos que acercan a la patología: la depresión (hacia dentro) y los sentimientos paranoides (hacia fuera) en forma de ataque hacia el otro o ser atacado. Serían los componentes de las dos posiciones kleinianas, la depresiva y la esquizoparanoide. Cuando conseguimos que el niño autista salga de su aislamiento, se puede observar conductas agresivas hacia el otro, como mecanismo protector al nacimiento de la propia identidad, como hemos dicho antes. Esta implica una ruptura con la identidad anterior fusional, en busca de una relación simbiótica, fuente de placer o en la diferenciación excesiva, fuente de peligro. La percepción de la diferencia, tiene distintos caminos, la regresión al aislamiento autístico, el placer de ser dos en uno, o la intolerancia al semejante y el ataque a la vivencia de intrusión. El miedo, como la agresividad, son de nuevo, protectores del yo, en este caso de experiencia simbiótica y salida del autismo. Derivan en diversos mecanismos defensivos que cuando se vuelven rígidos y no permiten la adaptación al entorno ni el desarrollo, se convierten en manías y en patologías de tipo trastornos psicóticos de la infancia.

Para vencer este miedo cobran especial importancia las relaciones objetales tempranas. Es aquí donde el miedo puede relacionarse con los postulados de la teoría del apego. El miedo se manifiesta en el momento que una persona sale de su zona de control o perímetro seguro. Los cambios, las pérdidas, la muerte, etc. nos sacan abruptamente de esa zona. Y cómo se postula desde el apego, si no poseemos en nuestro interior o en nuestro exterior, unas figuras estables y disponibles a las que aferrarnos, entonces caeremos en una dinámica de miedo crónico, con múltiples y variadas manifestaciones sintomáticas.

EL MIEDO EN LA SOCIEDAD

Miedo y migración

Un miembro del grupo, emigrante, habla del miedo que llegó a experimentar cuando dejó su país y llegó a España. Relata que se encontró sola en un lugar desconocido donde su único referente era ella misma. Desde su experiencia, fue como como deconstruirse y construirse a partir de un nuevo “origen” pero cargada de una historia previa muy potente.

El miedo en el emigrante, el miedo hacia el emigrante, recoge muchos de los elementos mencionados anteriormente. El que migra se enfrenta a lo desconocido alejándose en gran medida de las relaciones con aquellos que pudieran generarle seguridad, de los que pudiera obtener apoyo. Aquellos que encuentran al emigrante, al diferente, se exponen a alguien en apariencia distinto, extraño, y pueden sentir la angustia de no saber, el miedo y el rechazo a lo desconocido.

“Haciendo una lista de miedos que en algún momento he conocido, me doy cuenta de la necesidad que tenemos los seres humanos de controlar lo que vivimos. ¿Y si ya no puedes controlarlo? ¿Y si no lo conoces? Te asalta el miedo que vive fuera de tí, que sabe de tus debilidades y te vence provocando situaciones evitables que habrías querido vencer, pero a las que no te enfrentaste porque creías que formaban parte de tí. No es así, creo que en ese momento de desconocimiento se debe frenar y pensar que no todo es lo que parece y que la realidad no tiene porque ser lo que el miedo nos hace creer. El miedo esclaviza y construye listas que todos creemos y además aceptamos” (comentario de un miembro del grupo).

El miedo baja la autoestima y crea patología. Tener expectativas altas y realistas de uno mismo o del entorno donde vivimos, calma la angustia, favorece la claridad de la mente para el trabajo y el esfuerzo y permite el desarrollo personal.

El estigma de la enfermedad mental

El estigma puede entenderse como el miedo de la persona “normal” hacia las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental. Propicia lo traumático a través de la exclusión de los llamados normales hacia los TMG. Estos normales en realidad son supremacistas. Las causas son fundamentalmente la ignorancia, no querer ver o peor aún, tener una mirada distorsionada por prejuicios, preconcepciones, leyendas urbanas.

Para algunos, ese miedo al otro se da porque lo ven como un posible yo que les recuerda una parte oscura que todos tenemos. Hay personas que no quieren saber, prefieren pasar por la vida de puntillas. El miedo se relaciona también pues, con la percepción del otro, un otro que, siendo diferente, muestra una parte de uno mismo. En Klein es la identificación proyectiva

y lo ominoso donde para Freud es la percepción de un doble (Freud, 1919). Ahí el miedo que nos perturba y crea el autismo y la psicosis. Bion decía que todos tenemos partes neuróticas y psicóticas, nosotros añadimos que también autísticas. Partes autísticas como tics que no nos damos cuenta, órganos internos que tienen y provocan sensaciones. La parte neurótica la entendemos como la parte reflexiva que controla y puede contener a la parte autística y psicótica, las cuales nunca pueden ser reconocidas ni tomar consciencia de ellas.

“El estigma es el muro de la mirada del otro” (Martín Correa Urquiza, un antropólogo de radio Nikosia)

Si a los trastornos mentales se les ofrece un entorno de respeto, sin estigmatizar y dentro de relaciones de apego, pueden con la ayuda del otro ligar sus angustias y miedos. Eso mismo pasa en los pretendidos seres normales, las relaciones de familiaridad, o en los tratamientos con personas con TM. Hay que tener en cuenta que estos significados en menor escala se dan en las escuelas, en las parejas, en los amigos y en muchos grupos humanos donde se excluye, estigmatiza, agrede o humilla, mientras que otros sujetos comprenden, empatizan o respetan.

Miedo a la toma de decisiones

Desde la experiencia de una de las personas del grupo de trabajo, que ha estado cerca de la muerte, se relata lo siguiente:

“El miedo se genera al tener que tomar decisiones. Las hay de pequeñas y de grandes. Veo una diferencia grande en el miedo que se genera cuando fantaseamos y el que se crea en una situación real. Lo de las decisiones se da también en lo físico, por ejemplo, cuando se está a punto de perder la vida y se dice “se debate entre la vida y la muerte”. En el miedo va implícito, para mí, una precipitación, mental y física...se aceleran los pensamientos, el corazón, la velocidad de la sangre. Cuando estamos en situación de tomar decisiones sobre cosas y/o situaciones que no conocemos, la intensidad es mayor” (comentario de un miembro del grupo).

En situaciones de tocar fondo, en lo mental, por ejemplo, con una depresión, y física por ejemplo, al estar a punto de morir por una enfermedad grave, la decisión es básica y crucial, vivo o muero. Quizás por eso, si se sale, el aprendizaje es mayor. Se descubren las fortalezas en las máximas debilidades. Cuando la decisión es sobre otros, sobre las relaciones y el conocimiento es nulo o poco, el miedo es también intenso. Relacionarse con personas con una enfermedad, física y mental, no es fácil, porque se visibilizan todas las debilidades, no hay filtros y esas personas nos “obligan” a decidir cosas nuevas de manera muy rápida. Una cosa es fantasear con una enfermedad, o con la muerte, otra es pasarlo. Igual en la relación con personas enfermas. Una cosa es teorizarlo, fantasearlo, y otra vivir una relación así. La experiencia de lo siniestro, nos cuestiona y nos hace revivir experiencias parecidas. Desde luego, la resiliencia es como el agua para sobrevivir. Y lo que comentamos al principio de los abrazos, el acompañamiento, la empatía, el respeto, las muestras de amor... sería como el aire.

Para aprender a vivir con este miedo, poco a poco se tiene que transformar en un recuerdo cargado de emociones y sensaciones que, en el tiempo, aún están muy presentes, hasta que finalmente elaborado, se olvida en el inconsciente. Así podemos entender al miedo en la toma de decisiones, en las grandes decisiones, que, sin duda, a pesar del dolor te hacen más fuerte cuando se supera la enfermedad o la situación traumática, y se abre el camino a la vida.

EL MIEDO EN PSICOTERAPIA

Importancia de los afectos en el tratamiento: la relación significativa

En cualquier psicoterapia, sea una intervención psicoeducativa dentro del contexto escolar, sea una intervención psicoterapéutica dentro de un contexto clínico, siempre hay inquietud y miedo. Este nunca debe alcanzar tal intensidad que impida el relacionarse y el aprender. Sin embargo, su presencia es importante.

Freud creía que solo se accede a psicoanálisis con ansiedad. Si ésta es suprimida por pastillas o adicciones no es fácil profundizar en el tratamiento. Igual pasa con todas las prácticas holísticas, si se suprime la ansiedad. El síntoma no puede conducir a la causa, cuando el síntoma se considera la enfermedad. La psiquiatría clásica va al síntoma, no se interesa por la causa. Se trata la parte y no se considera el todo.

A diferencia de otras corrientes psicoanalíticas, Bion pone el énfasis en el afecto más que en las cogniciones. Lo importante no es el hablar, las palabras, si no el sentimiento o el afecto que se produce dentro de la relación.

Tomemos como ejemplo un caso clásico del psicoanálisis. Podemos encontrarnos con que una paciente no pueda interpretar lo que ocurre, no lo entienda. Hay una niña que está en una tienda de golosinas y un adulto le toca los genitales. La niña no puede saber o no interpreta lo que le ha ocurrido. Éste es el ejemplo clínico del après-coup. La niña por la inmadurez propia de su edad, no posee el conocimiento necesario para entender que está pasando. Hay una falta de consciencia que se aplica sobre un afecto, que por motivos de maduración y desarrollo todavía no ha podido ser significado. Pero dicho afecto se ha producido dentro de una relación, la de la niña con el adulto; vemos aquí como la relación ya contiene el afecto. Dichas experiencias se han convertido en traumáticas, la niña las ha borrado de la conciencia, o mejor dicho las ha relegado al inconsciente, el cual es como una memoria de emociones y experiencias, incluso transgeneracionales. Podríamos decir en este caso que hay una abnegación, un rechazo, una represión de tipo neurótico.

Años más tarde, el aparato mental ya está suficientemente capacitado para resignificar las experiencias anteriores. Esta resignificación se produce dentro de la relación de la niña, ahora adulta, con el médico. Es en la relación, en la que se recuerda lo sucedido, es en la relación donde el afecto vuelve a aparecer, y donde ahora sí, es tramitado por medio de la palabra, que aporta el significado.

La relación es lo más importante. Toda relación tiene una carga afectiva y dentro de ésta, que es acción, el énfasis recae en el sentimiento que contiene dicha relación. La relación se convierte en significativa. Estos argumentos nos muestran una manera de entender la psicoterapia, que rompe el clasicismo de la psicoterapia psicoanalítica clásica, la cual utiliza la palabra como único elemento, o elemento principal.

Psicoterapia relacional en el autismo

El nene autista no tiene miedo, evita el sufrimiento refugiándose en su mundo sensorial, aislándose. Cuando sale del autismo, de su refugio, se vuelve en ocasiones violento y es más problemático; entendemos que destruye la diferencia, la percepción de la presencia del otro. Podríamos decir que cuando funciona la parte autística hay un aislamiento total, hay estereotipias, evitando la relación, el contacto. Se está evitando el miedo a lo nuevo.

Es importante tener en cuenta el sentido defensivo de la estereotipia, entendidas como defensas ante la catástrofe de la percepción de la diferencia. Las defensas si son neuróticas se pueden atravesar, porque la persona posee un aparato mental que permite la elaboración de los afectos. Pero en los niños psicóticos, en cambio, si rompemos las defensas, puede devenir un brote psicótico. No podemos angustiar a un TEA en psicoterapia hasta que no se sienta seguro, confiado y querido para salir de su refugio, no podemos romper sus defensas. Antes hablábamos de los tres elementos que estructuran el aparato mental, y citábamos el odio y el conocimiento, ahora ha llegado el momento del amor. Éste es ternura, comprensión, delicadeza, empatía. Winnicott señaló que la madre, el psicoterapeuta, tiene que ser una madre suficientemente buena (Winnicott, 1993) porque lo importante, hemos dicho, que es la relación afectuosa positiva. Una relación que sea honesta, en la que haya el reconocimiento y respeto suficiente para propiciar la mutualidad. Todo esto es totalmente aplicable a la terapia y al tratamiento del autismo. Si predominan en la relación, en el vínculo terapéutico, el niño autista atraviesa el miedo, y en el afuera encuentra el amor y la comprensión. Aparece entonces el conocimiento y el placer.

Para el cambio es necesario un entorno que signifique, que comprenda, que no sea tóxico. Sin él, la terapia se puede convertir en una relación relación sadomasoquistas. Cuando hablamos de aprendizaje nos refiere a adquirir unos conocimientos sobre uno mismo, a los cuales accedemos solo cuando disponemos de los instrumentos y la capacidad de comprender. El crecimiento tiene que ver con el respeto y la mutualidad. Luego hay que volver a relaciones de placer. Si siempre hay miedo y no hay placer, si siempre hay miedo y no hay amor, si no hay un entorno que contenga, agradable, no hay desarrollo.

La estereotipia como elemento vincular

Hemos mencionado que el alumno TEA tiene las defensas autísticas para aislarse del mundo exterior, que él lo vive como violento e intrusivo, y le causa terror. Estas defensas cobran la forma de estereotipias. Si se inhiben sin establecer previamente la relación simbiótica, el niño siente una intrusión violenta, provocando una catástrofe. Las defensas autísticas son un continente rígido y psicótico, pero imprescindibles y protectoras hacia el exterior. El TEA no tiene instrumentos mentales humanos suficientemente desarrollados para poder elaborar la presencia del extraño, lo desconocido, con lo cual es los autistas ante un aprendizaje intrusivo reaccionan de forma violenta, con una rabieta.

El modelo de intervención de la clínica INDE apuesta por unirse a la estereotipia como instrumento terapéutico. Ésta sirve para establecer una relación con el TEA y desde ese nuevo vínculo posibilitar el crecimiento. La utilizamos en psicoterapia y en reeducación, en el proceso que llamamos *trabajo del doble* (Pi, 1998;2003). Éste permite que la estereotipia quede significada por la relación social, una relación sensorimotriz que tiene que ver con el desarrollo, ya que es capaz de una transformación y contención como significado de la relación terapéutica. Así se alcanza un vínculo visual.

La relación como medio de integración social

Dentro del contexto relacional, concretamente dentro de la situación de psicoterapia, se producen los procesos llamados transferencia y contratransferencia. En terapia se da esta relación mutua, cuya importancia ya hemos señalado. En esa relación ayudamos al paciente a que se generen o reparen los circuitos neuronales. Sin embargo, la importancia de la relación va mucho

más allá. Transciende lo individual para llegar a lo social. Apuntamos al efecto contagio que se puede generar hacia los profesionales de un colegio en la manera de entender a los niños y las niñas, comprender sus significados emocionales y las relaciones profesionales que establecemos.

“Pienso que el inconsciente se transmite, y que si puedo transferir un poco la actitud, y la manera de entender al niño y niña, ya es algo. Es decir, ayudar a las profesionales a mentalizar al niño y niña en su globalidad, a través del modelado hacia esas personas” (comentario de un miembro del grupo).

REFERENCIAS

- Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós.
- Bion, W. R. (1992). *Cogitaciones Valenci*: Promolibro.
- Frank, V. E. (1998). *El hombre en busca del sentido* (19ª ed.). Barcelona: Herder.
- Piaggio, R. A.M. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogia*, 26(80), 291-302. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000200014&lng=pt&tlng=es
- Bromberg, P. M. (2017). *La sombra del tsunami y el desarrollo de la mente relacional*. Madrid: Agora relacional Editores.
- Winnicott, D. W. (1987). *El gesto espontáneo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Jericó, P. (2010). *Héroes Cotidianos*. Descubre el valor que llevas dentro. Barcelona: Planeta.
- Winnicott, D. W. (1962). *La integración del ego en el desarrollo del niño*. Barcelona: Laia.
- Uribarri, F. (2017, marzo). “Hacer el capullo”, última hora para combatir el estrés. *Cultura inquieta*. Estilo de Vida. Vía: XI Semanal. Recuperado de: <https://culturainquieta.com/es/lifestyle/item/11722-hacer-el-capullo-ultima-moda-para-combatir-el-estres.html>
- Freud, S. (1919). *Lo ominoso*. Obras completas, XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Winnicott, D. W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.
- Pi, V. (1998). *La figura del doble en el aparato mental infantil*. Artículo preparado para su lectura en el Centro Psicoanalítico Valenciano, a raíz de un trabajo sobre Freud III. Recuperado de: <http://www.clinicainde.com/index.php/articulos/203-la-figura-del-doble-en-el-aparato-mental-infantil-vicent-pi>

Pi, V. (2003). Experiencias con autistas, psicóticos y caracteriales: “la mano de dios”. Valencia: Promolibro.

Lacan, J. (2015). *Lo simbólico, lo imaginario y lo real*. Lectura Lacaniana (Orig.1953).

ANÁLISIS DE LAS CREENCIAS E IMPACTO DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE LAS PERSONAS ADOPTADAS¹

ANALYSIS OF BELIEFS AND IMPACT OF EDUCATION PROFESSIONALS ON THE CONSTRUCTION OF THE IDENTITY OF THE ADOPTED PEOPLE

Velasco Azkue, M^a Carmen²; Goiburu Jauregui, Aloña³; Ariz Martínez, Gaizka⁴ y Ojanguren Rotaetxe, Leire⁵

RESUMEN

En el presente estudio se pretende analizar algunas creencias preconcebidas o “mitos” de diferentes profesionales de la educación en relación a la experiencia adoptiva, con el fin de explorar la disposición relacional y por tanto su contribución en la construcción de la identidad de las personas adoptadas de Bizkaia. Asimismo, se pretende reflexionar sobre las consecuencias de las experiencias tempranas de pérdida y separación, y la importancia de poder comprender el sentido de la sintomatología emergente, de cara a favorecer contextos de relación reparadores. Finalmente se considera el sentido de los espacios de formación a profesionales y familias, así como los ofrecidos desde el Programa de Apoyo a la Adopción de la Diputación Foral de Bizkaia, con el fin de valorar la importancia de construir áreas en las que desarrollar un entendimiento común de la experiencia adoptiva. Se contempla así, el valor de devolver a estos niños, niñas y jóvenes, con mayores obstáculos para una satisfactoria construcción de la identidad, una semejante mirada por parte de los diferentes agentes comunitarios.

Palabras clave: adopción, creencias, profesionales de la educación, identidad.

ABSTRACT

This study aims to analyse some preconceived beliefs or myths of different education professionals, in relation to the adoptive experience, with the aim of exploring the relational disposition and, therefore, its contribution to the

1 Ampliación del contenido del poster presentado en el XXXI Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “La identidad de la infancia a la adolescencia” tuvo lugar en Málaga los días 29 y 30 de marzo del 2019 en Málaga. Ganadora del premio al mejor póster otorgado por la Academia Malagueña de las Ciencias. Dirección correspondencia gaizkaariz@hotmail.com

2 Jefa de Sección de Acogimiento Familiar y Adopciones de la Diputación Foral de Bizkaia (DFB) y responsable del Programa de Apoyo a la Adopción.

3 Coordinadora del Programa de Apoyo a la Adopción en Bizkaia (PAAB) de la DFB y Psicóloga Sanitaria- Psicoterapeuta.

4 Psicólogo Sanitario- Psicoterapeuta del PAAB. gaizkaariz@hotmail.com

5 Educadora Social del PAAB.

construction of the identity of the adoptees of Biscay. Likewise, the aim is to reflect on the consequences of the early experiences of loss and separation, and the importance of being able to understand the meaning of the emerging symptomatology, in order to promote contexts of repairing relationships. Finally, it considers the meaning of the training spaces for professionals and families, as well as those offered by the Adoption Support Programme of the Provincial Council of Biscay, in order to assess the importance of building areas in which to develop a common understanding of the adoptive experience. It also contemplates the value of giving back to these children and young people, with greater obstacles to build their identity satisfactorily, a similar look among the different community agents.

Key words: adoption, beliefs, education professionals, identity.

INTRODUCCIÓN

Desde el Programa de Apoyo a la Adopción en Bizkaia, perteneciente al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia (DFB), tratamos de dar apoyo a las personas adoptadas y sus familias en sus necesidades socioemocionales ligadas al proceso adoptivo.

Las personas adoptadas, a tenor de las experiencias de pérdida, separación y en muchas ocasiones, deprivación y precariedad en la infancia temprana, cuentan con mayor vulnerabilidad en el proceso de formación de identidad y en la construcción de una imagen integrada de sí mismas (Rius, Beà, Ontiveros, Ruiz y Torras, 2011), lo que las convierte en más dependientes todavía, si cabe, del entorno más próximo para dichas tareas.

En este sentido, las creencias preconcebidas en torno a la adopción, así como las ideas en forma de estereotipos y prejuicios, pueden dar lugar a cierto sesgo en la percepción de la persona adoptada y la experiencia adoptiva, promoviendo actitudes y conductas más o menos automatizadas e implícitas, que dan lugar a posicionamientos que alteran la dinámica relacional y la imagen de sí mismo/a que se le devuelve.

Estas falsas creencias, pueden agruparse en forma de mitos, e impactan significativamente en las posibilidades de construcción identitaria, en la medida que éste es un proceso relacional e intersubjetivo. La identidad así, se forma a partir de un contexto de intimidad relacional sintónica y segura, en el que la mirada del otro adquiere la función de espejo a partir de la cual se da inicio a los procesos de creatividad. Las personas adoptadas, en la medida que han carecido frecuentemente de dicha experiencia, necesitan con más premura la existencia de un entorno y referentes que le proporcione una imagen integrada de sí mismas.

Así, la necesidad de detección de los mitos en torno a la adopción se antoja determinante de cara a conocer la predisposición relacional de los diferentes agentes que conforman la red de apoyo de estas personas y familias, y poder establecer con y junto con dicha red, como Programa de Apoyo a la Adopción en Bizkaia de la D.F.B., medidas de prevención e intervención ajustadas a las necesidades de las personas adoptadas y sus familias.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es analizar la existencia de creencias preconcebidas sobre la adopción y la experiencia adoptiva de profesionales de la educación del Territorio Histórico de Bizkaia.

Asimismo, se trata de averiguar la existencia de variabilidad al respecto entre los y las profesionales de la educación de las distintas etapas educativas, desde infantil a bachillerato, y de recursos pedagógicos como son los Berritzegunes⁶ y la UTE⁷ de Ortuella, Bizkaia.

MÉTODO

La *muestra* está compuesta por un total de 869 profesionales, quienes se reparten de la siguiente manera según etapa educativa:

Educación infantil: 221.

Educación Primaria: 425.

Educación Secundaria Obligatoria: 64.

Bachillerato: 26.

Berritzegunes: 111.

UTE de Ortuella: 22.

Del total de la muestra el 84% son mujeres y el 16% hombres, tiene como media 45 años y 20 años de experiencia en la docencia o en ámbitos pedagógicos formales.

Como *instrumento* se ha aplicado un breve cuestionario que cuenta con 11 ítems, cada uno de los cuales representa una de las ideas que a su vez da lugar a uno de los mitos mencionados. Se han seleccionado 11 entendiendo que es un número suficientemente representativo de los actuales mitos en relación a la adopción, y por la agilidad que ofrece de cara a aplicarse en diferentes contextos. Asimismo, la selección se ha realizado a tenor de lo recogido en la actual literatura especializada en dicha materia, y por otro lado, atendiendo a la propia experiencia profesional del Programa.

6 Centro de Apoyo a la Formación e Innovación de Gobierno Vasco

7 Unidad terapéutico-educativa de Ortuella. Gobierno Vasco

Cada ítem se valora con una escala Likert de 0 a 10, siendo 0 la puntuación más disconforme con dicho enunciado (y en definitiva con el mito que trasciende) y 10 la puntuación más conforme. El punto de corte se sitúa en el 5, comprendiendo las puntuaciones inferiores señalan creencias menos mitificadas, y las puntuaciones superiores aparecerían como creencias más mitificadas en la población explorada.

Los cuestionarios han sido aplicados a profesionales de la educación en los espacios de formación ofrecidos por Diputación Foral de Bizkaia a través del Programa de Apoyo a la Adopción en Bizkaia, realizando la prueba al inicio de la primera sesión previa apertura de los contenidos impartidos, garantizando de esta manera la ausencia de sesgo en los resultados obtenidos.

Tabla 1. Cuestionario de Mitos

CUESTIONARIO DE MITOS

1	El amor lo puede todo. Lo que necesitan estos niños y niñas es sobre todo cariño.
2	Si el niño o la niña no habla sobre ciertos temas, es que no le preocupa. Si no pregunta es que lo tiene todo claro. No hay que adelantarse a las preguntas del niño/a.
3	Pasado el período de adaptación no hay apenas tareas específicas que abordar. A partir del primer año de adopción si ha ido todo bien, irá bien.
4	Los menores adoptados/as no sufren actitudes discriminatorias por su condición de adoptados y por sus diferencias raciales, físicas,...
5	La parentalidad biológica es igual a la parentalidad adoptiva.
6	La adopción es la causa de todos los problemas en los menores adoptados/as.
7	No hay problemas en los menores adoptados/as que no se van a poder resolver. El niño/a adoptado/a no es más vulnerable.
8	Las dificultades escolares de los menores adoptados/as son manifestaciones del trastorno de déficit de atención con hiperactividad y se deben medicar.
9	Estos/as niños/as pueden hacer más pero no quieren, son un poco “vaguete” o cómodos/as, solo quieren jugar.
10	Creo estar suficientemente capacitado/a para educar a este tipo de alumnos/as.
11	Estos alumnos tienen que tener el mismo nivel de autonomía y autoorganización que sus compañeros/as.

Cuestionario de elaboración propia

Para el análisis de los resultados se han empleado *dos estadísticos descriptivos*: la media de las puntuaciones otorgadas por los/las profesionales y la desviación típica de los cuales se desprenden tanto la Tabla de datos como la Gráfica de tendencias analizadas en el siguiente apartado.

RESULTADOS

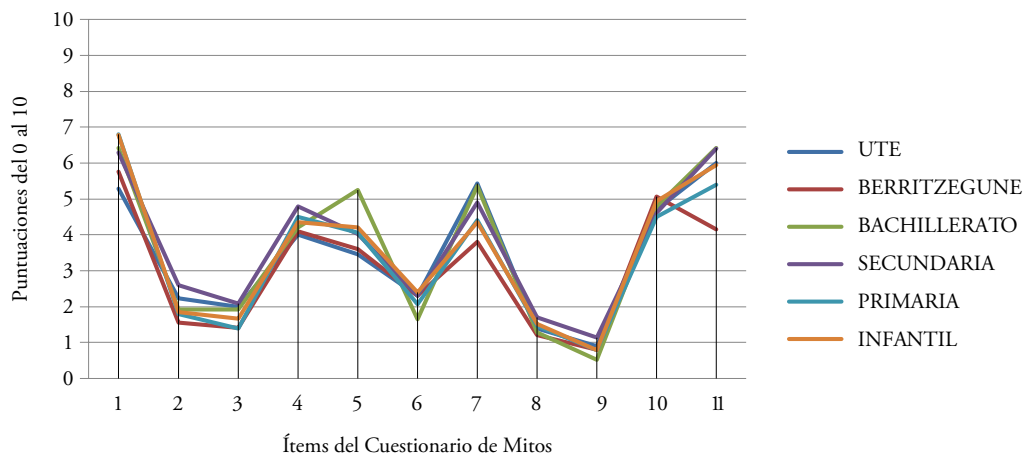
Tal y como puede observarse en la tabla de datos que viene a continuación, los resultados generales se sitúan por debajo del punto de corte (5) señalando una escasa mitificación de las ideas presentadas en el cuestionario. Se da la presencia de dos ítems cuyos resultados sobrepasan el punto de corte como son el ítem 1 y el 11, mostrándose como ideas más mitificadas.

Destacan los ítems 2, 3, 6, 8 y 9 en los que las puntuaciones se sitúan significativamente próximas al valor mínimo, presentándose como creencias claramente desmitificadas.

Tabla 2. Medias de los resultados por etapa educativa y grado de acuerdo del 0 al 10.

	Infantil	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Berritzegune	UTE
1	6,78	6,8	6,3	6.42	5.76	5,28
2	1,84	1,8	2,6	1.92	1.56	2.23
3	1,67	1,4	2.09	1.92	1.41	2
4	4,36	4,5	4,8	4,2	4,1	4
5	4.21	4,06	4.03	5.24	3.6	3.45
6	2.4	2,07	2.3	1.64	2.3	2.31
7	4,36	4,4	4,9	5,35	3,8	5,43
8	1.52	1,47	1.7	1.28	1.2	1.4
9	0.79	0.79	1.14	0.52	0.8	0.9
10	4.93	4.5	4.6	4.8	5.06	4.7
11	5.94	5.4	6.4	6.42	4.17	6

Las medias analizadas señalan una elevada homogeneidad en los resultados entre los diferentes grupos. El dibujo de la gráfica refleja dicha tendencia.

Gráfica 1: Medias de los resultados de los/las profesionales de la educación.

Ahora bien y en el análisis de las *desviaciones típicas* de los diferentes grupos, éstas se sitúan en valores entre 1 y 3 puntos, lo que señalaría una población con resultados generales homogéneos que sin embargo muestra gran variabilidad dentro de cada grupo analizado.

DISCUSIÓN

La necesidad de la detección de los mitos que dan lugar a ideas distorsionadas respecto a la adopción se antoja como un aspecto determinante de cara a conocer el nivel de concienciación de las personas y profesionales que están en contacto con la realidad adoptiva, y por tanto, con las posibilidades de relación que las personas adoptadas harán en sus entornos más próximos a lo largo del desarrollo. Como Programa de Apoyo a la Adopción de la Diputación Foral de Bizkaia, dicho conocimiento además nos permite incurrir en la mejora continua de las prestaciones ofrecidas y ajustar nuestros contenidos y técnicas en función de la realidad social vigente en cuanto a la percepción de la adopción.

Los resultados obtenidos en el estudio, señalan que existen importantes niveles de sensibilización en los/las profesionales de la educación en relación a la adopción y la experiencia adoptiva en aquellos aspectos como pueden ser: el abordaje de la historia de vida de los niños y niñas, las necesidades del desarrollo que van más allá de la etapa de integración socio-emocional familiar y social, necesidades emocionales más allá de los diagnósticos, etc. que dotan al profesorado de una mirada próxima a la realidad adoptiva y a sus necesidades en éstas áreas.

Por otro lado también se recoge la persistencia de determinadas ideas "*mitificadas*" concernientes por un lado a las necesidades afectivas en estos niños/as, y por otro, con la autonomía y auto-organización. Ambas ideas podrían dificultar la toma de conciencia del profundo efecto y dimensión de la *falta básica* (Balint, 1965) que se da en las primeras etapas del desarrollo de muchas de las personas adoptadas, y que precisamente se encuentra estrechamente relacionada con las posibilidades de autonomía y auto-organización.

Ahora bien, en el análisis global de los datos recabados en el estudio, se observa cómo los resultados medios se ajustan por lo general a los valores deseables, si bien existe una alta diversidad entre las respuestas de las personas participantes, reflejo de una elevada desviación típica (diferentes profesionales con ideas muy dispares frente a un mismo fenómeno). Se valora que esto sitúa al profesorado en una compleja posición para el mutuo entendimiento y la construcción de un relato compartido ante la adopción y sus particularidades, y por tanto se pueden dar dificultades en devolver una imagen unificada y coherente a las personas adoptadas con las que interactúan. Esto podría influir en la posibilidad de integración de partes de sí mismo de las personas adoptadas que se encuentran frente a imágenes muy diferentes, e incluso en ocasiones contradictorias, provenientes de las personas referenciales de sus entornos y contextos más próximos.

Como agente de socialización, el contexto educativo cumple con funciones de regulación de la relación de niños y niñas adoptadas con los iguales, como con otros/as adultos/as extra – familiares. A través de la imagen especular que se les devuelve de una manera implícita con la interpretación de sus conductas y la forma en la que se responde de manera más o menos automática, las personas adoptadas forjan su imagen personal y social.

Así, podría decirse, que muchos niños y niñas adoptados, han carecido de lo que se denomina “*función de la madre como espejo del niño*” (Winnicott, 1971), donde se plantea que en todo desarrollo saludable lo que ve el bebé en el rostro de su madre es a sí mismo, siendo un espejo vivo, animado. A través de ella, con el sostén y el reflejo vivo de una mirada confiable, el bebé ve lo que él es para ella.

Cuando miran pero no se ven o si en sus primeros meses de vida se lo traslada una y otra vez a nuevos entornos sociales y se lo enfrenta con distintas personas (madre biológica, personal sanitario, personal de los hogares residenciales y finalmente los padres adoptivos), resulta imposible el surgimiento de la experiencia existencial. Y es que en la adopción la carencia no se presenta únicamente en la esfera del afecto recibido en la relación dual primaria, sino que en muchas ocasiones se trata de la ausencia en sí misma.

Cuanto mayores son las discrepancias existentes entre las necesidades infantiles y la respuesta ofrecida por el entorno más próximo, mayor es la posibilidad de que éstas tengan un efecto de *trauma acumulativo* en el desarrollo (Khan, 1963). Si la ausencia es prolongada, así como el cambio de personas y lugares de referencia es repetido, la posibilidad de vivir las relaciones y la realidad como amenazadoras y abrumadoras y de necesitar de posiciones defensivas para hacerle frente también será importante.

Estas fallas ambientales reiteradas que se dan en etapas tempranas del desarrollo son además una de las principales causas de muchos patrones de conducta llamativos de niños, niñas y adolescentes adoptados. Por una parte, puede darse una hiperactivación de sus expresiones comportamentales, donde es habitual que ofrezcan resistencia a todo aquello que les plantee exigencias disciplinarias, resistiéndose a abandonar una actitud de control, ante el temor a diluirse en el caso de someterse a una posición de dependencia (exponiéndose a no ser visto). Por otra parte, no son menos habituales niños y niñas con formas sobreadaptadas de interacción, regidas por la evitación de la acción y la subordinación a las necesidades ajenas, en un intento complaciente de ser *visto* con buenos ojos.

Lo paradójico en este caso es que ambas estrategias no son eficaces a largo plazo, no consiguen lo que pretenden. La primera porque el funcionamiento impositivo y opositor termina generando rechazo por parte de su entorno más

inmediato, confirmando así que las relaciones no son confiables. La segunda porque la proyección de una imagen de autosuficiencia genera menor preocupación y atención por parte de los adultos referentes. En términos de desarrollo, podría decirse que ambas formaciones promueven la estructuración de un falso self, siendo un movimiento más reactivo que creativo, al estar más al servicio de la disociación de las propias necesidades que de la evolución de uno mismo.

Estos patrones de conducta defensivos derivados de experiencias que les han llevado a percibir la realidad desde una falta de confianza básica e incluso desde la desconfianza básica (Rech-Simon y Simon, 2010) les lleva o bien a sobre-compensar dicha falta básica o bien mostrándose plenamente autónomos, así como puede traer consigo una conducta dependiente donde la exploración de la realidad y la adquisición de autonomía resulta difícil.

Poder entender el sentido de estas, y otras, formas defensivas de funcionamiento se antoja imprescindible para poder *ver* las necesidades, intencionalidad y deseos que se esconden tras las conductas y posiciones de muchos de estos niños y niñas, un primer paso para posibilitar un contexto que promueva el desarrollo del verdadero self (Winnicott, 1965) y también la consecuente adopción de medidas adaptadas a todo ello.

Por tanto, lo importante en este caso gira en torno a la posibilidad de contar con (al menos) una relación que reúna las características de las conductas parentales estructurantes propias de la etapa pre-verbal del desarrollo como son: el sostén, la conexión emocional, la prosodia sintónica, la mirada, etc. Esto se encuentra estrechamente relacionado con el hecho de que la *falta básica* está ligada al amor primitivo, en ausencia todavía del lenguaje como forma de expresión y simbolización, y por ende, de posibilidades de elaboración (Daurella, 2013).

Muy posiblemente el éxito de estas medidas relacionales traerá consigo la regresión dándose una cierta pérdida de la *falsa* autonomía adquirida al servicio de “rellenar faltas”, por lo que esperar cotas semejantes en la autorganización del alumnado adoptivo que en el no adoptivo resulta paradójico ya que esta misma exigencia externa puede avocarlos al mantenimiento de posiciones defensivas que dificulten la posibilidad de regresión y por tanto de “reparación”.

De esta forma que desde el Programa de Apoyo a la Adopción en Bizkaia de la DFB, gestionado por Agintzari, se considera oportuno el mantenimiento de espacios de formación y reflexión conjunta con el profesorado y los/las profesionales de la educación, con el objetivo de facilitar un entendimiento compartido y la creación de un discurso grupal en torno a la experiencia adoptiva, pudiendo devolver así una imagen lo más integrada posible a las personas adoptadas que favorezca el positivo desarrollo de la identidad.

Acciones dirigidas a sensibilizar al profesorado sobre la experiencia adoptiva podrían facilitar el tránsito entre la socialización primaria (desarrollada en primordialmente en el contexto familiar) y la socialización secundaria (desplegada a través del contexto escolar y la relación con los iguales), aspecto clave a la hora de procurar el sentimiento de pertenencia social, la aceptación de la diferencia y en la prevención de situaciones de discriminación, rechazo, etc. El modelo interiorizado en el contexto educativo redundará en las relaciones comunitarias de estos niños y niñas ampliando así el efecto de las acciones dirigidas al profesorado.

Asimismo, entendemos igual de importante seguir apoyando, asesorando y orientando a padres y madres adoptivas en cuanto a las necesidades que presentan sus hijos e hijas cuando dan inicio a sus procesos de socialización y escolariza-

ción. La relación triangular niño/a – padres/madres – escuela, no está exenta de conflicto, por lo que en ocasiones puede requerir del apoyo de profesionales que ayuden a unificar y posibilitar una lectura compartida de la situación actual del niño o la niña en concreto.

Además los padres y madres, como principales referentes en la formación de la identidad de sus hijas e hijos a través del vínculo que establecen con ellas y ellos, son imprescindibles en la escolarización y socialización de los mismos, ya que serán quienes además de formar parte de la construcción de la identidad individual, contribuirán a la identidad familiar adoptiva.

En este sentido, el efecto que las creencias preconcebidas que la escuela y el entorno educativo pueden tener sobre la adopción impactará sobre la parentalidad adoptiva, ya que el espejo que el contexto socializador devuelve a las familias sobre estas niñas y niños, de sus conductas, sus necesidades, expresiones, dificultades, etc. influyen en la mirada que éstos ponen sobre sus hijas/os, y por tanto, en la formación de la identidad individual y familiar.

REFERENCIAS

- Ariz Martínez, G. (2016). Winnicott, espacio transicional entre el psicoanálisis relacional y la protección infantil. *Clínica e Investigación Relacional*, 10(1), 222- 239.
- Balint, M. (1965). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Coderch, J. (2013). Los traumatismos emocionales en la infancia y adolescencia y la necesidad de amor. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (2), 338-347.
- Daurella, N. (2013). *Falla básica y relación terapéutica. La aportación de Michel Balint a la concepción relacional del psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Gobierno Vasco (2017). *La respuesta educativa en la escuela inclusiva al alumnado adoptado*. Vitoria – Gasteiz: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Educación.
- Khan, M. (1963). *The Privacy of the Self*. London: Hogarth Press.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influencia y autonomía en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Monserrat, A. y Muñoz Guillén, M. T. (2010). El abordaje terapéutico con familias adoptantes: nuevas formas de parentalidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 50, 5-22.
- Rech – Simon, C. y Simon, B.F. (2010). *Consejos de supervivencia para familias adoptivas*. Barcelona: Herder.
- Riera, R. (2011). *La conexión emocional*. Barcelona: Octaedro.

Rius, M., Beà, N., Ontiveros, C., Ruiz M. J. y Torras, E. (2011). Adopción e identidades. Cultura y raza en la integración familiar y social. Barcelona: Octaedro.

Stern D.B. (1997). Unformulated experience: from dissociation to imagination in psychoanalysis. The Analytic Press.

Winnicott, D.W. (1965). El proceso de maduración en el niño. Barcelona: Laia.

Winnicott, D.W. (1971). Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa.

LA CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO PSÍQUICO EN PSICOTERAPIA. ¿CÓMO ADAPTAR NUESTRA INTERVENCIÓN?

THE CONSTRUCTION OF THE PSYCHIC SUBJECT IN PSYCHOTHE- RAPY. HOW TO ADAPT OUR INTERVENTION?

Muriel Hermosilla, Alejandro¹

RESUMEN

Se presenta un material clínico a través del que el autor plantea un análisis de los componentes esenciales para la psicoterapia. En primer lugar, reflexiona sobre los determinantes biográficos que han estructurado la personalidad del sujeto y los síntomas que presenta. Para ello, se subraya la importancia del otro como fundador y estructurador del psiquismo, prestando especial atención al interjuego que se da entre las fantasías subjetivas y el espacio intersubjetivo para la construcción del aparato psíquico. Se discute sobre la terapia más apropiada en función de la estructura de la personalidad del sujeto, de su dinámica inconsciente y de las necesidades particulares que este pueda presentar.

Palabras clave: Psicoterapia; Análisis de la personalidad; Intersubjetividad; Intervención Familiar; Inconsciente.

ABSTRACT

Through a clinical material displayed the author lays out an analysis of the core components of psychotherapy. Firstly, he reflects upon the biographical underpinnings that have structured the personality of the subject and the symptoms presented. The importance of the other as founder and creator of the psyche is highlighted, paying special attention to the interplay between the subjective fantasies and the intersubjective space for the construction of the psychic apparatus. It is discussed about the most appropriate therapy according to the personality structure of the subject, its unconscious dynamics and the specific needs that the subject may have.

Key words: Psychotherapy; Personality Analysis; Intersubjectivity; Family intervention; Unconscious.

El caso clínico que presentaré a continuación trata sobre el paciente que denominaré M.E. A lo largo de este trabajo, buscaré analizar los motivos por los que vino a consulta, su evolución durante el tratamiento y algunas de las intervenciones terapéuticas realizadas, todo ello prestando especial atención a intentar comprender las dinámicas psíquicas del paciente y de su entorno más cercano.

1 Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). a.murielhermosilla@gmail.com

Es la madre de M.E. quien se pone en contacto conmigo para ver en qué momento puedo recibir a su hijo de 14 años. En la primera entrevista acude M.E. acompañado de su madre, que me pide pasar primero ya que prefiere contarme algunas cuestiones sin que su hijo las oiga. Acepto lo que me pide y explico a M.E. que pasará después de su madre.

La madre de M.E. es una atractiva mujer de 44 años, de origen cubano, pero que se traslada a vivir a los Estados Unidos con 16 años. Tiene un aspecto muy elegante y se muestra muy educada en todo momento, pero llama la atención el estado de nerviosismo en se encuentra, siendo muy notorio por el enrojecimiento de su pálida piel. Tras presentarse y explicarme que su marido, el padre de M.E., no ha podido acudir por estar en un viaje de negocios, me cuenta muy preocupada que han decidido que su hijo acuda a hablar con un psicólogo porque ha realizado “cosas que nunca imaginaríamos que él hiciera”.

Me explica que M.E., el mediano de tres hermanos, es un chico que siempre se había portado bien y no había dado ningún problema, pero recientemente ha estado consumiendo drogas en el instituto, algo que conocen a través de una llamada del centro en el que M.E. estudia. La madre me cuenta que todo esto ocurre desde que su hijo empieza a juntarse con un chico alemán, cuyos padres cree que le tienen desatendido y que tenía acceso a una tarjeta de crédito de los padres. Por lo que han podido saber, el chico alemán compraba a través de sitios webs clandestinos marihuana y LSD, todo ello sin ningún tipo de vigilancia por sus padres. Por otra parte, es un chico con el que la madre sospecha que hubo algo más que una amistad con su hijo, ya que cuenta que al coger el móvil de M.E. para revisar las conversaciones con su amigo descubre una gran cantidad de chistes homofóbicos y de comentarios sarcásticos sobre la homosexualidad que hacían referencia a situaciones donde ambos estaban presentes. Es algo que coincide con que M.E. le manifieste a su madre dudas sobre su orientación sexual, auto-calificándose como bisexual.

Ante esta situación le han prohibido relacionarse por medio alguno tanto con su amigo alemán como con los otros amigos del grupo y le han castigado sin acceso al móvil o a redes sociales durante unos meses. Tras relatarme todos estos hechos, la madre, que continúa visiblemente nerviosa a medida que transcurre la entrevista, me confiesa que ella sospecha que todo esto puede tener que ver con algunos detalles que M.E. ha presenciado unos años antes. Me cuenta entonces que la relación con su marido ha pasado por momentos muy difíciles que cree que han podido afectar a sus hijos. El padre de M.E. que, según me cuenta, emigra a los estados unidos siendo adolescente, tuvo unos padres que practicaban el islam de forma muy ortodoxa, algo que ella nunca llegó a entender y que produjo conflictos desde el inicio de su matrimonio. Cuenta cómo el abuelo de M.E. prácticamente le ignoraba y prestaba atención casi exclusivamente al hermano mayor. Pasaba por alto la opinión que ella tenía de diversos asuntos o no le concedía importancia a sus aspiraciones profesionales, justificando todos estos comportamientos en términos de tradición. Según refiere, esto afectó de forma fundamental a su relación de pareja, aunque cuando se trasladan a España ella pensaba que muchos de los conflictos que podían estar latentes, habían sido superados de algún modo.

El traslado a España desde EEUU coincide con que la madre de M.E. deje su trabajo como informática en una empresa. La madre me cuenta que es estando ya instalados en España cuando, por un error informático, descubre que su marido le estaba siendo infiel. Decide hablar con su marido, quien, en un colapso emocional, le acaba confesando que ha estado teniendo affairs con distintas mujeres y que también ha estado con prostitutas, siendo algunas de ellas transexuales. Tras la confesión del marido, que había regresado de uno de sus viajes, la madre monta en cólera y decide abandonar el país para volver a los Estados Unidos. Toda esta discusión tiene lugar en el domicilio familiar, donde también estaban los hijos. Mientras la madre está haciendo el equipaje discuten acaloradamente y mandan a los hijos a sus habitaciones, pues ella piensa que estaban ente-

rándose de lo que ocurría. Según cuenta la madre, el padre le pide a su hijo M.E. que coja el pasaporte de su madre para que no pueda viajar. Sin embargo, ella ya lo había cogido y M.E. no lo encuentra. Finalmente, la madre consigue viajar y marcha a los Estados Unidos, donde se quedaría durante unos 20 días.

En consulta llora desconsoladamente mientras narra toda esta situación diciendo sentirse muy culpable por saber que sus hijos han tenido que vivir y pasar todo esto. Durante esos días el padre les llevó de viaje a Barcelona para disimular lo que había pasado, pero sabe que M.E. durmió con su padre esos días y que, tanto él como sus hermanos, intentaron consolarle. Además, se entera posteriormente que el padre le pedía a los hijos que llamaran a su madre para intentar convencerla de que viniera.

Cuando finalmente regresa a España, y tras muchas discusiones, deciden llegar a un pacto. Me explica que su marido, alegando ideas religiosas y justificando que su padre había hecho lo mismo con su madre, le ofrece poder hacer intercambios de pareja a cambio de no volver a serle infiel. No obstante, me apunta que son padres muy normales, que van con sus hijos al cine, a la piscina o a cenar con ellos y sus amigos. A pesar de esta aparente normalidad que la madre me quiere transmitir, me comenta un grave incidente que ocurre con su hijo mayor. Según me explica, por un error informático, un día el hijo mayor se depara con fotos en las que los padres aparecen teniendo relaciones sexuales con otras personas. Tras contarme esto, se apresura a aclararme que sólo lo vio el hermano mayor y le explicó que era algo privado que hacen sus padres pero que no tiene que ver con ellos, que les siguen queriendo y vuelve a explicarme que delante de ellos no muestran conductas que puedan asemejarse a lo que realizan en privado en estos clubs.

Tras terminar de hablar con la madre, esta sale del despacho y entra M.E. Lo primero que me sorprende es su aspecto. M.E. es un chico moreno de grandes ojos almendrados que muestra una actitud algo infantil a pesar de ser ya adolescente, algo que contrasta enormemente con la imagen que había tenido por la madre de M.E., de un adolescente que coquetea con las drogas junto con sus amigos. Al entrar, este se sienta tímidamente en la silla con una mirada esquiva. Por su actitud y por los comentarios de su madre, me imagino que viene a la consulta sintiéndola como un lugar amenazante, donde un “subrogado de los padres” le hará pensar en lo inadecuado de su conducta. Por este motivo, intento que mi trato sea cercano con el objetivo de que pueda percibir que, si viene aquí, debe ser porque él crea que puede resultarle de utilidad personal, no como otro de los castigos impuestos por los padres.

Inicialmente le pregunto por qué cree que sus padres han considerado que debería venir a hablar con un psicólogo. Me responde con un tono de voz que denota su tensión y me dice que ha estado utilizando drogas y que en el colegio han avisado a sus padres de que habían llevado droga al centro. Allí habló con el “counsellor” sobre lo ocurrido y este fue quien informó a los padres de que no tomarían acciones legales si ponían remedio y no volvía a ocurrir. Le pregunto qué le llevo a involucrarse con las drogas. Me explica que su amigo alemán llevaba tiempo convenciéndole de que las drogas, específicamente la marihuana, no eran tan ofensivas y fue leyéndole mensajes de foros en este sentido hasta que un día hizo un pedido por internet para que varios amigos fumaran con ellos. Me dice que sólo fumó un par de veces porque el resto de sus compañeros lo hacía. Además, comenta que tenía ganas de probar el LSD y, cuando le pregunto qué es lo que le hacía querer probarlo, me comenta que había escuchado en canciones de los Beatles que “te llevaba a otro mundo”. En este momento no quise indagar más en las razones por las que quería ir a una suerte de paraíso artificial, pero me planteaba internamente cuáles serían los motivos por los que este chico quería escapar de su realidad más inmediata.

En la segunda entrevista tuve ocasión de conocer al padre de M.E., que le acompañaba sin la madre. La impresión que me dio es de alguien con cierto aspecto de mafioso, vestía con ropa oscura, gafas de sol un gran reloj de oro y se sentó en la butaca como quien se tumba en una terraza, estirándose. Venía cargado con varios móviles y con las llaves del coche, que las suelta sobre la mesa del despacho cuando se sienta.

Cuando comencé a hablar con él, su forma de responder y de hablar era diferente al aspecto rudo que tenía, tenía un discurso pausado y parecía ser agradable en sus respuestas, intentando mostrarme cómo él veía lo ocurrido, siempre de forma respetuosa. Cuando le pregunto qué piensa él de por qué M.E. había hecho esto, me dice que cree que es un chico que quería encajar con los demás, al que le falta personalidad y, para sentirse aceptado, se deja influir. Le pregunto si siempre notaba que había sido un chico poco seguro de sí mismo y responde que lo ha notado más desde la adolescencia, cuando se ha juntado con otros amigos. En ese momento, espontáneamente me dice, aludiendo a lo que su mujer me había contado sobre la aparente bisexualidad de M.E., que tanto él como su mujer son muy comprensivos con su orientación sexual y que, como ella me había explicado el otro día, ellos son una pareja liberal, pero puntualiza que esto no afecta de modo alguno al funcionamiento que tienen como familia.

Le pregunto por cómo es la relación con su hijo y me explica que él cree que buena, aunque reconoce que está muy poco tiempo con él y que debería esforzarse en pasar más tiempo con él. Acto seguido, me comienza a contar que él no tuvo una vida fácil. Nace en Irak y al poco estalla una guerra que en la que él presencio asesinatos, recuerda los bombardeos y cómo tuvo que refugiarse en Irán con su familia. Su padre era una persona muy autoritaria y que, ante la menor discrepancia les propinaba fuertes golpes, por lo que tuvo una relación muy distante con él. Con 17 años fue junto a un hermano poco mayor que él a vivir a los Estados Unidos con unos tíos con los que apenas tenía relación. A pesar de que pudo estudiar y formarse hasta crear su propio negocio, me explica que la relación con su hermano fue muy difícil porque este tuvo una adicción a la heroína y tuvo que hacerse cargo de él en este periodo. Estuvo ayudándole económicamente, pero, al ver que no dejaba de consumir, y, tras varios avisos, le decide echar de su casa y dejar de ayudarle económicamente. Esta situación dice recordarle a que no quiere que su hijo pase por algo similar a lo ocurrido con su hermano y por eso le genera mayor sufrimiento.

Tras hablar con el padre de M.E. tuve la sensación de que era una persona más afable de lo que imaginé en un principio. Sin embargo, se mostraba distante de sus propios hijos y mujer tal vez por un distanciamiento de su propio mundo emocional y la intimidad que supone estar con ellos. Me parecía una persona que, por falta de habilidades y una historia de la cual no se había podido hacer cargo, estaba ciertamente desconectado de sus seres más cercanos, pero era consciente de ello y lo podía expresar.

A partir de este momento recibo a M.E. semanalmente, teniendo encuentros con los padres, especialmente con la madre, porque el padre suele regresar de sus viajes el fin de semana. A pesar de que le transmito que el objetivo de las sesiones no es tanto centrarnos en el hecho de que ha experimentado con una droga, sino que juntos podamos entender qué es lo que le llevó al consumo, percibo una gran dificultad en él para poder expresar con cierta libertad cómo se encuentra o hablar de lo que tenga en ese momento en mente. Sus respuestas suelen ser cortas o respuestas que intentan adecuarse al patrón de un chico que se comporta bien. Le comunico mi sensación de que parece resultarle difícil comunicarme espontáneamente lo que le esté ocurriendo y que, en ocasiones, parece que soy yo quien tiene que llevar la iniciativa de la conversación, cuando es él quien quiere entender qué le ha ocurrido. Dedicamos las primeras sesiones a trabajar cuál es su demanda, de forma que venir a

sesión no se convierta en algo persecutorio tras el enfado de los padres, sino que pueda convertirse en un espacio enteramente suyo donde entenderse mejor.

En un primer momento de la terapia, aparece una fuerte tendencia a culparse, al perfeccionismo y a rigidez en lo concerniente los valores, que denota una influencia de ciertos mandatos paternos que luego irán apareciendo con mayor claridad y que son relativos a cómo debe ser o comportarse así como su percepción del distanciamiento del padre. Narra situaciones del colegio y de su vida cotidiana en las que pequeños errores que comete parecen perseguirle posteriormente de forma obsesiva en un intento de lo que él denomina ser “una buena persona”. No obstante, le expreso, intentando tener mucho tacto, que tengo la percepción de que las sesiones las viviera como un interrogatorio policial -yo en ocasiones me encuentro haciéndole pregunta tras pregunta- donde el responde pero no hay una reflexión sobre sí mismo ni un deseo de utilizar el espacio como propio. Ante mi devolución, me responde que en ocasiones ha pensado que venir a terapia realmente era como un castigo que le habían puesto los padres y que sentía que era algo por lo que tenía que pasar por haberse equivocado con sus decisiones respecto a las drogas. Analizamos cómo vivir la terapia como un castigo puede interferir con que él realmente pueda expresarse con libertad y con el propio deseo de querer explorar aquellos aspectos que él mismo reconoce que le hacen sufrir.

En las siguientes sesiones observo una mayor capacidad de expresar ideas y sentimientos. Es entonces cuando, al hilo de su tendencia a culparse y castigarse, comienza a hablarme de que siempre rondan por su cabeza pensamientos sobre la muerte y que esto le hace angustiarse. En concreto, me dice que piensa constantemente sobre si irá al cielo o al infierno. Cuando le pregunto qué cree que le hace pensar sobre esto me explica algo que hasta ese momento no había sido mencionado. Antes de acudir a visitarme me comenta que había estado viendo a un psicólogo musulmán y que, cuando le expresó sus dudas acerca de su orientación sexual, este le dijo que eso era algo muy grave. El psicólogo habló con el padre de M.E., que también es musulmán, y le explicó que se trataba de un pecado grave, que no tenía que ver con salud mental. Él sintió que este psicólogo, que tras esta revelación dejó de verle, le veía como un “mal musulmán”, como una “mala persona” y esto le hacía cuestionarse si realmente acabaría yendo al infierno. Le pregunto por cómo reaccionó el padre ante esta situación y me dice que sus padres siempre han sido positivos en este sentido y le han verbalizado que, mientras que eso le haga feliz, le apoyan. No obstante, sabe que, especialmente a su padre, no le gusta la idea de que el pueda sentir atracción hacia otros chicos.

Analizamos con más detalle estas fantasías sobre la posibilidad de ir al infierno, algo que él vive como un castigo por no ser un buen musulmán. Castigo que él siente la necesidad de infligirse, pues es una forma de compensar los sentimientos de atracción que siente por algunos chicos. Pareciera que, para permitirse sentir libremente estos deseos, necesita sentir que luego será castigado, como una suerte de seguridad que le devolverá a la senda de lo que debe hacer para volver a ser lo que él entiende por “una buena persona”.

Un día me llama la madre de M.E. antes de su sesión, está muy angustiada porque, al regresar de un viaje a Bruselas con sus compañeros de canto, ha tenido un fuerte ataque de ansiedad y no sabían si debían hacer algo. Cuando recibo a M.E. al día siguiente me cuenta que, efectivamente, tras regresar de un viaje en el que estuvo muy a gusto junto a sus compañeros empezó a sentirse muy nervioso en casa. Según me cuenta, cree que lo que ha desencadenado esta reacción de ansiedad ha sido haberse sentido atraído por uno de los chicos que había en el viaje. Lo cuenta como si estuviera haciendo algo inadecuado a ojos de cómo cree que debería sentir y actuar.

Continuamos centrándonos en la visión que tiene de sí mismo por sentir atracción hacia otros chicos. Me dice que en el instituto le resulta difícil hablar de ello, sólo lo sabe un compañero muy íntimo que tuvo que dejar el centro el pasado año, comenta: “hablar de chicos con otros chicos es difícil porque a todos mis amigos les gustan las chicas y no puedo compartirlo con ellos”. Progresivamente, me va contando cómo el chico alemán fue el primero por el que se siente atraído y con el que experimenta fantasías eróticas. Siguiendo la hipótesis inicial que tenía en mente, pienso que la prohibición de seguir hablando con él que hace su padre va unida de algún modo a una censura implícita de sus sentimientos homosexuales. Es como si entendiera que su padre sabía lo que ocurría en realidad y le ha castigado por sentirse atraído por el chico, por su relación especial, no sólo por el uso de drogas.

Esto da lugar a que me hable de toda una serie de fantasías e imágenes en las que le viene a la mente, de forma persecutoria, que recibirá un castigo y será torturado en el infierno por “no ser buena persona”. Es algo que relaciona con una conversación que tuvo con su padre, tras la intervención del psicólogo musulmán, en la que este le dice que no se preocupe por estar atraído por otros chicos, que a Dios sólo le importa que uno sea buena persona, independientemente de la orientación sexual. Esto hace que la idea repetitiva no sea tanto el temor a ser castigado por sus deseos homosexuales, sino por el temor a no ser una buena persona, idea bajo la cual están sus deseos sexuales y, más importante aún, la interiorización de una actitud crítica del psicólogo -que aparece como un subrogado paterno- y del padre que, en nombre de la religión, le habla de los diferentes castigos que sufre en el infierno quien no se ha comportado correctamente.

Comenzamos a reflexionar sobre cómo esta actitud crítica y de lucha consigo mismo puede afectarle en su día a día y, en una de las sesiones en las que le pregunto cómo se siente ante toda esta situación, comienza a llorar y, por primera vez, siento que dice sinceramente que se encuentra triste. La posibilidad de que haya podido expresar cómo se siente la percibo como un avance no sólo en el contexto de la relación terapéutica, sino en su capacidad para *mentalizar* sus propios estados emocionales (Fonagy & Bateman, 2016). Sin embargo, un día después de esta sesión, la madre de M.E. me llama en el fin de semana alarmada porque nota que su hijo está triste y que le ha contado que lloró en la consulta. Me dice que ha estado pensando en pedir cita el lunes con una psiquiatra norteamericana que le han recomendado para que le prescriban un antidepresivo a su hijo, ha estado leyendo en internet y cree que M.E. tiene una depresión.

Yo le explico que están en todo su derecho como padres de llevarle a un psiquiatra para valorar si M.E. necesita medicación, pero les transmito que, en mi opinión no parece necesario en este momento. Además, le señalo el mensaje implícito que se le transmite a M.E. cuando la primera vez que expresa sus emociones, es visto como algo inadecuado por lo que necesita medicarse. Finalmente, la madre cree que va a dar un margen de unos seis meses para ver si con la terapia M.E. se siente mejor.

En las sesiones posteriores con M.E., me centro en normalizar la reacción emocional que tuvo, en que esto nos pueda servir para pensar qué está ocurriendo, no en verlo como un obstáculo del cual hay que librarse. Él reconoce que es así, que habitualmente no siente que pueda hablar de cómo está porque nota que tanto sus padres como sus hermanos están metidos en su propio mundo, que cada uno va a lo suyo, “están en su mundo”.

En este tiempo, intento fomentar en M.E. una curiosidad hacia sí mismo sobre qué es lo que puede estar sintiendo o pensando. Me habla de que se siente triste, de que se nota aislado del resto de su familia. Le pido que dibuje cómo es ese sentimiento, ya que me comenta que habitualmente recurre a poder dibujar para expresar cómo se siente, y se dibuja en su

habitación, separado del resto y con la mirada perdida. Su tristeza es mayor cuando está por las noches en la habitación o mientras estudia, le afecta ver cómo cada uno está desligado del otro y no hay mucha comunicación. Esto le sumerge en un estado de tristeza que relaciona con el estar aislado y con la actitud de distancia emocional que percibe en los padres. Poco a poco, esto lleva a que me comente que siente que su padre valora más a su hermano mayor. En concreto, M.E. tiene la fantasía de que el padre prefiere a su hermano porque saca mejores notas y porque es mejor en matemáticas, asuntos que el padre valora. Comenta que siempre que su padre vuelve de viaje lo primero que le pregunta es cómo van sus notas y si ya ha conseguido sacar todo sobresalientes, lo cual le frustra y nota que le genera tensión cuando estudia. Si hay algo que repite en este periodo es que se siente aislado del resto de la familia y que le hace sentirse muy triste cuando cada uno está en su habitación.

A medida que M.E. va pudiendo hablar de cuáles son las situaciones de su vida que le generan tristeza, comienza a decirme que cree que sus hermanos le odian. Piensa que su hermano mayor no le entiende y trivializa el hecho de que tenga que venir al psicólogo y nunca le pregunta o se interesa por él. Siente que puede haber una competencia entre ambos en el mundo académico, una lucha por ver quien saca las mejores notas. Esto, visto desde otro prisma, parecería tener relación con la búsqueda de una mirada positiva y afirmante de un padre habitualmente ausente, que valora casi en exclusiva el rendimiento académico. Cuando el padre le felicita por haber sacado sobresaliente, percibe que su hermano mayor se enfada. Por otra parte, a M.E. le gusta tocar el piano, pero nota que ni su hermano ni el resto de su familia prestan atención a las canciones que compone.

Con su hermano menor también piensa que tiene muy mala relación, algo que los padres me apuntaron previamente, aludiendo a que siempre están discutiendo. Cree que es “un niño malcriado que no es capaz de ver el esfuerzo que hace su padre para que pueda disfrutar de las cosas que le gustan” y le frustra ver cómo sus padres no son capaces de ponerle límites y ceden a sus rabietas. Dice que siempre le está molestando y que vive en un mundo de fantasía.

En una de las sesiones, la madre me pide hablar de nuevo porque está preocupada por M.E. Me cuenta que ha visto que, al salir del instituto, su hijo tenía una marca en el antebrazo hecha con un rotulador, simulando un corte y le preocupa que últimamente está hablando con amigas de su clase que están en tratamiento en salud mental y le han contado cómo se autolesionan. Le pregunto a M.E. por lo que la madre refiere y comenta que, efectivamente, últimamente habla con estas compañeras, que lo están pasando muy mal por situaciones familiares y personales complejas y que ellas le dicen que, a veces, se autolesionan para sentirse mejor. En referencia a la marca con el rotulador, dice riéndose que a su madre le preocupa en exceso que él piense en suicidarse o hacerse daño, pues siempre le está preguntando por esto, pero que estuvieron jugando en clase y un compañero le dio con el rotulador y le marcó. Es algo que me llama la atención, pues pienso que puede tratar de imitar o fantasear con lo que amigas le comentan, pues conecta con un mundo de sufrimiento interno. Este grupo de amigas con las que ahora tiene mucha relación las describe como “emos”, escuchan música triste y visten de negro, algo que resuena con su sensación de tristeza y aislamiento internos.

Tras esta sesión se producen varias cancelaciones de citas aludiendo a cuestiones académicas y, tras casi un mes sin verle, consigo tener una sesión online con él. Me cuenta que está muy estresado porque cree que no podrá sacar tan buenas notas como esperaba porque tiene un profesor muy exigente con el que no sabe qué hacer para sacar sobresaliente. Esta frustración con el profesor recuerda a la que aparece con el padre, con el que no sabe qué hacer para recibir una imagen positiva de él. Le pregunto por qué cree que está tan estresado con sus exámenes. Me dice que si no saca buenas notas cree que está fallándole a sus padres y que esto le impedirá entrar en una buena universidad, lo cual, en última instancia, llevará a que no tenga un buen

trabajo. Comenta que esto es algo que el padre le dice una y otra vez, lo importante de tener unas buenas bases para acabar teniendo un buen trabajo. Le pregunto qué trabajo le gustaría tener y qué sería un buen trabajo y me contesta que algo que tenga que ver con la política y el derecho, cree que se le da bien debatir y que puede ganar un buen dinero en este campo. Me llama la atención la rigidez con que considera todo lo que tiene que ver con el mundo académico y me centro en poder cuestionar o flexibilizar algunas de las ideas que refiere, más que en explorar los determinantes psíquicos de dicha preocupación. Al final de la sesión, con un tono más relajado que al inicio me dice también que está conociendo a una chica con la que quedará para tener una cita con ella y darle una sorpresa, que consiste en llevarla a comer a un pequeño restaurante.

Un día antes de la siguiente sesión, me llama la madre diciendo que le gustaría pasar a consulta antes que M.E. para contarme varias cosas importantes. En esta sesión vienen la madre y el padre y es la primera vez que pasan juntos a consulta. Me cuentan que les han llamado del instituto, diciéndoles que M.E. sigue sentándose con el chico alemán y continúan hablando. Esto a los padres les preocupó y registraron su teléfono móvil en búsqueda de algo que les pudiera estar ocultando. Encuentran mensajes en los que M.E. habla en tono sarcástico del consumo de droga y hace comentarios en los que quería dar una imagen de chico rebelde que no está en contra del consumo. Además, y esto es lo que más les preocupa, encuentran un mensaje del día anterior donde le dice a un amigo que lo está pasando muy mal porque la chica que estaba conociendo ha roto la relación y que quería consumir Xanax (un ansiolítico) para que se le pasara. Esto hace que los padres se enfaden con él y le digan que tiene prohibido hablar con el chico alemán, le amenazan con quitarle el móvil y con otra serie de castigos. Cuando entra M.E. a consulta, acepta todo lo que me han contado sus padres, pero me dice que dijo lo del Xanax porque había oído que servía para cuando uno está triste y que era algo que decía en tono sarcástico, que nunca pensaría en tomarlo, aunque sí reconoce que estaba muy triste y no sabía cómo manejarlo.

En la última sesión vuelven a acudir ambos padres, lo que demuestra que están preocupados por lo ocurrido. Entra primero M.E., que me dice que, tras la anterior sesión, el padre empezó a preguntarle insistentemente por qué estaba triste mientras volvían a casa. Él sintió estas preguntas como si fueran un interrogatorio y percibe que, dado que no tenía una respuesta a dichas preguntas, se acabó enfadando y sintiendo más triste, cree que su padre estaba más interesado en castigarle que en entender realmente cómo se sentía. Me plantea que desea saber cómo manejar sus emociones para no tener que pensar o fantasear con usar sustancias, pues, aunque no lo acabe haciendo, lo pasa muy mal. Cuando entran los padres, toma la palabra la madre que, con cierto tono recriminatorio, me señala que el padre no tuvo tacto para acercarse a M.E., preguntándole de forma invasiva y que, aunque la sesión pasada les había hablado sobre la importancia de crear un ambiente propicio, parece no saber hacerlo. Como prueba de cómo esto afecta a su hijo, cuenta que a M.E. le habían dado un premio por las extraordinarias calificaciones que había sacado y, cuando llegó a casa, lo tiró con rabia al suelo.

La madre me explica que en el centro han dado una charla a los padres sobre prevención y detección del suicidio en adolescentes y esto le ha hecho sentirse muy angustiada porque ve que, algunos de los rasgos que han citado, los comparte su hijo. También me comenta algo que hasta el momento no había aparecido: ha visto que M.E. duerme con una navaja suiza que le regalaron en la mesita de noche y esto le preocupa. El padre permanece durante toda la entrevista con una actitud pasiva, aunque cuando intentamos analizar por qué parece estar resultando un problema acercarse al mundo emocional de M.E. sí muestra interés. Me comprometo a estar a su disposición y a informarles si percibiera cualquier riesgo. No obstante, les enfatizo la idea de que no se trata tanto patologizar o castigar, sino de facilitar vías de comunicación y de encuentro con M.E. donde él pueda expresarse con mayor facilidad.

Me entrevisto con M.E. y, aunque inicialmente rechaza cualquier ideación autolítica o autolesiva, acaba rompiendo a llorar y reconoce que, cuando sus padres están fuera de casa muchos días, siente que la tristeza le desborda. En esos momentos se le ha pasado por la cabeza hacerse daño con autolesiones como las que comentaban sus compañeras o incluso consumir alguna sustancia para sentirse mejor. Ha pensado fugazmente en suicidarse, pero cree que se trata de algo impulsivo y que sería demasiado doloroso. Refiere que nunca ha llegado a pasar al acto de ninguna forma, siempre se queda en ideas porque no sabe cómo gestionar tanta tristeza. Confiesa que, a veces, compra ropa de marcas que le gustan para sentirse mejor, pero son muy caras y, ni puede comprar tanta como le gustaría, ni le sirve mucho. Su reacción me preocupa por lo que pudiera llegar a hacer y, tras acordar una sesión familiar en la que poder tratar este asunto, le informo de la importancia de que pueda avisarme a mí o a sus padres si cree que está perdiendo el control y le propongo trabajar en técnicas de regulación emocional en paralelo a nuestras sesiones de psicoterapia.

Percibo a un chico desesperado por cómo lidiar con sus propias emociones, que se siente aislado del resto de su familia y que ve que no puede expresarse con su entorno más cercano o que, cuando lo hace, recibe una respuesta inadecuada. Todo ello enlazado con una imagen de sí mismo cuestionada por una actitud crítica que percibe en el padre y otras figuras significativas, donde él no es “suficiente”, imagen con la que él se ha identificado.

En el momento actual, continuo recibiendo a M.E. y a sus padres, pero, a continuación, me gustaría reflexionar con mayor detalle sobre algunas partes del material y de las intervenciones expuestas hasta aquí. En concreto, utilizando como eje organizador el modelo modular transformación de Bleichmar (1997), me centraré en analizar los síntomas depresivos que M.E. manifiesta, atendiendo tanto a la dinámica interna de su estructura de personalidad como a la relación que estos tienen con su entorno más inmediato.

Reflexiones sobre el caso y su tratamiento

Como señala Bleichmar (1997), sabemos que los sentimientos de irrealizabilidad del deseo constituyen la esencia del estado depresivo, pero analicemos en el caso de M.E. cómo se han llegado a producir y mantener estos sentimientos y cómo se entrelazan con su estructura de personalidad.

Los padres traen a M.E. a consulta preocupados por el consumo de sustancias y por el tipo de amigos con los que se relaciona. Sin embargo, en un primer momento, no aparece en la demanda de los padres el bajo ánimo de M.E. como un motivo de consulta dado que no hay un planteamiento que vaya más allá de lo puramente conductual y tampoco parece que han reparado con atención en su estado de ánimo.

Desde un inicio vemos que para M.E. el consumo de sustancias (marihuana y la posibilidad de consumo de LSD) suponía un escape o compensación de la realidad que vivía. Es decir, los síntomas de tipo depresivo o de *tensión narcisista* -que seguidamente veremos cómo se articulan- son los que le llevan a buscar formas externas de manejarlos, ya que el ambiente familiar no le proporciona vías para poder expresarlos de otro modo y ha tenido un papel causal en su origen. La vivencia que tiene M.E. de que no hay lugar para la expresión de sentimientos de tristeza en casa, la angustia de su madre cuando los expresa, así como la sensación de que cada uno está “en su mundo” y preocupado por sus asuntos hace que la vivencia de estados afectivos negativos sea rechazada y piense que deben ser suprimidos. Todo ello tampoco favorece ni ha previsto la posibilidad de que él

mismo sepa simbolizar lo que le ocurre para poder manejarlo. Si a esto sumamos la vivencia caótica de la separación tras la infidelidad del padre y su posterior reorganización, hace pensar que la expresión del malestar en un entorno de estas características, donde parece que todo puede saltar por los aires, quizá no sería lo más idóneo. Para ello, el consumo de sustancias supone una solución en apariencia eficaz, pues conlleva una promesa de un estado placentero sin un cuestionamiento interno ni necesitar del otro, un otro fundamental en la dinámica de lo que le ocurre a M.E. como veremos. Por otra parte, este se identifica con aquellos amigos a los que denomina “EMOS” y cuya temática central gira en torno al sufrimiento personal, aislamiento e incompreensión. Temas, todos ellos, presentes en M.E.

Una vez expuesto esto, la siguiente pregunta sería ¿cómo se generan los sentimientos de tipo depresivo en este caso? Parece razonable pensar que existe un código de funcionamiento mental de tipo narcisista, dado que la pregunta básica sobre la que gira la vida psíquica de M.E. es “¿cuánto valgo?” Sobre este código se van articulando distintos elementos, que iremos analizando a continuación, dando lugar al estado depresivo. Concretamente, hablamos de una estructura narcisista de baja autoestima o, como diferencia Bleichmar (1997), de un *déficit primario de narcisización no compensado*, en que el sujeto no ha podido construir una imagen valorizada de sí mismo y no ha sido capaz de compensar dicho déficit.

Como apunta Bleichmar (1997), son tres subestructuras del psiquismo las que determinan el mantenimiento o la disminución de la autoestima: representación del *self*; ambiciones e ideales y conciencia crítica. Veamos con más detalle cómo interactúan los componentes que intervienen en la disminución de la autoestima de M.E. En primer lugar, existe una clara representación desvalorizada del *self*, donde inciden varios componentes: existe un déficit de primario de narcisización de M.E., dado que aparece una falla parental en la función de narcisización de su hijo. Este se siente menos apreciado por su padre por múltiples motivos, no se siente suficientemente reconocido académicamente ni en su orientación sexual, siente que, como él manifiesta, “no le quiere”, mientras que percibe que sus hermanos sí son merecedores de su admiración. Es importante destacar que, con su madre, M.E. aparece como una suerte de terapeuta, como consejero que atiende a una madre angustiada y triste, más que como un hijo que es cuidado. Esta dinámica hace que viva como un fallo mostrar o expresar sus necesidades afectivas, que, además, son recibidas con angustia por la madre. Como disparador de una caída mayor en su representación del *self*, incide el ser descubierto utilizando drogas y el hablar sobre su bisexualidad. Respecto al primer aspecto, el uso de sustancias, existe una descalificación tanto por parte de ambos padres como de su entorno social más próximo y, respecto al segundo, existe una crítica velada del padre y mucho más explícita por parte del psicólogo que le atendió. Todas estas fantasías -correspondientes o no a la realidad- que él tiene sobre cómo le ven sus padres o figuras significativas son fundamentales, pues se identifica con la imagen que tienen de él los otros significativos.

Aquí conviene señalar lo que Lacan (2009) delimita como *identificación especular*. A diferencia de Freud, que enfatiza que la persona se identifica con los rasgos del otro por incorporación, Lacan (2009) entiende el periodo llamado “estadio del espejo” como una *identificación* (pág. 100). Señala que es *el otro* quien determina al sujeto. Se produce, por tanto, una identificación con la imagen que el otro tiene de mí, haciéndola mía. Todo ello se basa en dos principios que lo guían: ser el objeto de deseo de los padres y ser igual a la imagen que estos admiran. En el caso de M.E., se trata de una identificación con la imagen de connotaciones negativas que cree que sus padres tienen de él. Ante la insatisfacción narcisista, dirige una enorme agresividad contra sí mismo criticándose por sus múltiples fallos. Una baja autoestima y un auto-odio que, como indica Bleichmar (1997), se retroalimentan. Se trata también de una auto-descalificación defensiva cuando habla de las torturas o castigos que le esperan o cuando verbaliza una mala imagen de sí mismo, ambos derivados de la culpa o de angustias persecutorias que inciden en la representación de sí mismo, aunque las analizaremos con mayor detalle posteriormente.

En relación al segundo componente, hemos visto cómo existen también unas ambiciones e ideales muy elevados que están presentes en el discurso familiar. Estos hacen referencia fundamentalmente al nivel de exigencia en el terreno académico y laboral. Para M.E., el conseguir estos logros supone contrarrestar una imagen negativa de sí mismo y ser, en sus propios términos “una buena persona”. Una forma de búsqueda de reconocimiento por parte de su conciencia crítica y de sus padres que disminuya la tensión narcisista. Aquí podríamos señalar el episodio en que, tras recibir el diploma por las buenas notas, lo tira al suelo al llegar a casa después de la reprimenda del padre por su comportamiento inadecuado. Aparece una rabia narcisista por la imposibilidad de obtener un reconocimiento del padre. Estos logros también aparecen del lado religioso aunque, a primera vista, en menor medida.

Por último, se percibe una conciencia crítica muy severa por la que existe un escrutinio permanente de M.E. sobre su grado de ajuste a los ideales. Esto se observa en algo que recuerda al juicio final: sus fantasías sobre si irá o no al infierno. Pero también en su preocupación por el rendimiento académico o en adecuarse a los mandatos paternos y religiosos. Recordemos el ataque de ansiedad tras su viaje a Bruselas, en que se siente atraído por otro chico, algo que le distancia de ser “un buen musulmán”. En resumen, esta representación desvalorizada de sí mismo se une a unos estándares elevados y a una actitud muy crítica a todo lo que suponga un desvío de dichos estándares. Por lo que M.E. manifiesta, antes de acudir a consulta existían signos evidentes de tensión narcisista como el aburrimiento, la apatía o la desvitalización, pese a que no les habían concedido suficiente relevancia ni él ni su entorno. No obstante, desde este prisma, se puede entender mejor -como experiencia compensatoria- el recurso al consumo de sustancias para cambiar cómo se siente artificialmente o las compras compulsivas de ropa, que acaban siendo una posesión narcisista. Sin duda, lo que parece razonable es que el disparador del cisma narcisista surge cuando, por utilizar las sustancias como recurso compensatorio, su representación del self se ve profundamente afectada por la opinión que sus padres y profesores le manifiestan ante este suceso.

Si continuamos con el análisis del narcisismo de M.E., podemos decir que correspondería mayormente al tipo caracterológico que Blatt denomina “dependiente o anaclítico”, pues sostiene su autoestima en base al objeto externo. Sin embargo, como el mismo autor matiza, existe un gradiente hacia el otro polo “introyectivo o autocrítico”. En el caso de M.E. también existirían componentes de este último tipo en menor grado. Como señala Blatt, en la personalidad dependiente o anaclítica sobreviene la depresión cuando pierde al objeto de amor, su vínculo. Esta presentaría signos de soledad e indefensión, con necesidad de sentirse amado y protegido por el objeto de amor (citado en Bleichmar, 1997). Teniendo en cuenta lo expuesto sobre el caso y en relación a lo mencionado en el apartado previo, la problemática fundamental gira en torno la visión que este cree que sus padres tienen de él. Desde un primer momento se siente desatendido, en soledad y aburrido, pues parece que sus padres están demasiado ocupados en sus propios conflictos interpersonales. Pero esto se acentúa aún más cuando, tras ser descubierto consumiendo sustancias y ante la posibilidad de que fuera bisexual, la visión de sus padres se convierte en una crítica directa y en estado de alarma, por lo que peligraría el vínculo con su objeto de amor.

Toda esta situación nos recuerda a la importancia que Kohut otorga a la función del objeto-del-self en la capacidad de especular o admirar al sujeto y de ser una imago parental idealizada con la que el sujeto podría identificarse. Estas funciones serían posteriormente interiorizadas y formarían parte de su psiquismo. Sin embargo, cuando falla la “internalización transmutadora”, como ocurre con M.E., el sujeto sigue dependiendo del objeto externo, del que espera su valoración (Bleichmar, 1997). El ansia por una valoración positiva del objeto, especialmente del padre, es algo que aparece constantemente en las vivencias de M.E. Por este motivo adquieren tanta importancia para él todos los movimientos de acercamiento que el padre

realiza, como cuando le lleva a comer o tienen una conversación mínimamente distendida. En contraposición, surge la rabia, por ejemplo, en la situación ya relatada en la que al haber conseguido un premio por su rendimiento académico, su padre, en lugar de valorarlo, se centró en criticar su comportamiento.

La importancia del objeto externo presenta otros factores que afectan al balance narcisista más allá de lo comentado. Pueden tanto modificar la representación del sujeto de sí mismo como actuar como una instancia crítica. En un primer momento, el objeto externo toma a cargo la función crítica y, progresivamente, irá siendo adoptada por la persona, haciéndola propia. (Bleichmar, 1997). Esta idea ya fue formulada por Freud (1921), cuando comienza a dar un mayor énfasis a cómo la presencia del otro se convierte en algo imprescindible, que tendrá su continuidad en el psiquismo del sujeto. En *Psicología de las masas y análisis del yo* expone:

En la vida anímica individual aparece integrado siempre, efectivamente, el otro como modelo, objeto, auxiliar o adversario y, de este modo, la psicología individual es, al mismo tiempo y desde un principio, psicología social [...] (pág. 2561).

En este sentido, podemos entender cómo M.E. ha interiorizado actitudes críticas que observa en el padre ya no sólo con él, sino consigo mismo, la importancia de tener un trabajo con el que “ganar mucho dinero y poder mantener una familia”, la presión por mantener un estatus, determinados valores religiosos, así como lo que percibe en este cuando, siempre que regresa de viaje le pregunta si ya ha sacado sobresaliente en todo. Todo ello opera también en la mente de M.E. Sin embargo, enraizado en el mismo hecho de la importancia fundacional del otro, durante la terapia, en la medida en que yo como terapeuta puedo ocupar un lugar paterno o materno, también puedo tener la posibilidad de modificar su superyó, en lo que Freud denominará como *posteducación* del neurótico (Bleichmar, 1997).

Si continuamos con el análisis de lo que ocasiona la génesis depresiva en este caso, podemos decir que a esta estructura narcisista se le añaden dos componentes que también son determinantes: la culpa y el masoquismo consiguiente (Bleichmar, 1997). La culpa persecutoria que aparece en M.E. está relacionada tanto con sus impulsos y deseos sexuales como con sus conductas alejadas del ideal de cómo se debería comportar, donde destacarían el consumo de drogas y sus sentimientos homosexuales. Como Freud (1923) explica en relación al sentimiento de culpabilidad: “el sentimiento [...] de culpabilidad reposa en la tensión entre el yo y el ideal del yo y es la expresión de una condena del yo por su instancia crítica. El ideal del yo muestra entonces una particular severidad y hace al yo objeto de sus iras.” (pág. 2723). Por tanto, lo relevante aquí es cómo M.E. codifica ambos hechos, algo que tiene relación con los mandatos superyoicos, que, como hemos expuesto previamente, acaban siendo una interiorización de ideas inicialmente manifestadas por su padre o por personas significativas. A este respecto, explica Freud (1923, pág. 2714): “El ideal del yo o super-yo, representación de la relación del sujeto con sus progenitores [...] Cuando niños hemos conocido, admirado y temido a tales seres elevados y luego los hemos acogido en nosotros mismos”. En esta cita muestra cómo algo inicialmente externo pasa a ser “acogido en nosotros mismos”, haciéndolo interno, como Freud (1923) explica, el superyó es “heredero del complejo de Edipo”.

No obstante, el hecho de que el superyó pueda ser afectado por otras personas significativas, corresponde con lo que se ha denominado superyó auxiliar, función que puede realizar el terapeuta en la medida en que el paciente coloca aspectos paternos y maternos en él y le otorga una autoridad, aunque no debe ser usado para adoctrinar de ninguna forma al paciente (Bleichmar, 1997). Un ejemplo de este último caso podría ser el de las ideas manifestadas por el primer psicólogo que le aten-

dió. Se ve claramente cómo estos mandatos, progresivamente, se van haciendo propios, convirtiéndose en su propia conciencia crítica. Estas normas hacen que codifique como inadecuados, por ejemplo, sus sentimientos de atracción hacia personas de su mismo sexo y que sienta que puede ser castigado por este motivo, dando lugar a angustias persecutorias cuando surgen estos sentimientos, como ocurre tras su viaje a Bruselas. Estos mandatos, así como el temor a un eventual castigo, se acentúan enormemente en el caso de M.E. tras el episodio del consumo de sustancias, donde esto se entremezcla con los sentimientos de atracción que aparecían con su amigo.

Unida a la culpa aparece lo que Freud (1924) denomina *masoquismo moral*. Vemos cómo M.E. se recrea en fantasías de daño hacia sí mismo, en ataques en forma de torturas realizadas por instancias divinas o con la posibilidad de ir al infierno, todo ello para aliviar los sentimientos de culpa inconsciente. En relación al masoquismo moral, Freud explica: “Lo que importa es el sufrimiento mismo, aunque no provenga del ser amado, sino de personas indiferentes o incluso de poderes o circunstancias impersonales.” (pág. 2756). Estas formas de sufrimiento aparecen como ofrendas al superyó en un intento de ganar algo de control y seguridad de sí mismo, de apaciguar la conciencia crítica. Si tenemos en cuenta que esta es la interiorización de mandatos parentales, no es de extrañar que exista no sólo un deseo de obtener otra mirada del superyó, sino de un reconocimiento paterno que, además, en este caso aparece como un dios -padre- que perdona. En esta línea, añade Bleichmar (1997): “el sufrimiento se busca porque alivia la culpa ya que el sujeto tendría el mismo destino que el objeto de cuyo sufrimiento se siente responsable” (pág. 86). En este análisis debemos incluir las ideas de autolesión y/o autolíticas que aparecen en un último momento como intentos de manejo de sentimientos de profundo malestar consigo mismo. Existe, por una parte, una dificultad en el reconocimiento y tolerancia a sus emociones, que, por falta de experiencias reales, no ha aprendido a reconocer ni mentalizar y que son experimentadas como algo a ser superado sin posibilidad de simbolizar.

En mi opinión, el término *mentalización* adquiere una gran relevancia para comprender la dinámica descrita, Fonagy & Bateman (2016) lo definen como “la capacidad de verse a uno mismo desde fuera y a los demás desde dentro” (pág. 5). Es decir, es la capacidad de dar sentido a las acciones propias y de los otros en función de pensamientos, emociones o deseos. Sin esta capacidad, que es mayormente preconsciente y semi-automática, para mentalizar los propios estados no podrá existir un self cohesivo y sólido. Desde esta perspectiva, se entiende que los trastornos mentales, las dificultades en la regulación emocional o en el auto-control surgen de relaciones de apego disfuncionales que afectan a la capacidad para mentalizar, produciendo fallos en la interpretación de los estados propios y de los demás.

En este sentido, se ha visto que la capacidad para poder entender al otro depende en gran medida de poder entender los propios estados mentales (Bateman & Fonagy, 2016). En el caso de M.E., hemos visto que los propios padres, por su trayectoria biográfica, han tenido una gran dificultad en contar con padres que entendieran y dieran sentido a sus experiencias. Esta dificultad re-aparece ahora con M.E. en lo que Bateman & Fonagy (2016) denominan *marked mirroring*, la capacidad para transmitir una comprensión de lo que la persona experimenta a la par que una sensación de poder afrontarlo. Como hemos visto, en este paciente, la expresión de tristeza genera, o bien, angustia en los padres, o bien, un rechazo de esta emoción por todo lo que para ellos implica. Esto determina de forma directa cómo M.E. se maneja con estas emociones y sus estados mentales asociados, relacionándose, por ejemplo, con las fantasías de evasión al usar una sustancia o con las autolesiones como forma de regulación emocional.

Desde otra óptica diferente, las fantasías de autolesiones en M.E. podrían considerarse también como una actuación del castigo impuesto por un superyó sádico, un castigo por quedarse sólo al sentirse abandonado. Recordemos que estos sen-

timientos aparecen en mayor medida cuando los padres se ausentan durante varios días de casa, haciéndole sentir culpable de su soledad, no merecedor de su aprecio. Es algo a lo que anteriormente hacíamos referencia, cuando exponíamos cómo en la personalidad dependiente o anaclítica la depresión surge cuando siente que pierde al objeto de amor, algo que se aprecia gráficamente en este caso. No obstante, teniendo en cuenta otro de los componentes más clásicos en la génesis de la depresión indicados por Bleichmar (1997), la agresividad, cabría preguntarse a nivel de hipótesis hasta qué punto las fantasías de ataque hacia sí mismo también lo son hacia el padre o hacia otro objeto interno. Por ejemplo, cuando tira el premio por sus calificaciones al suelo con rabia, es como si pensara, “esto es lo que realmente quieres, no a mí” y hubiera una agresividad hacia el padre, al que percibe como poco interesado por él, desplazada al premio, que es lo que él piensa que su padre valora. Ya fue formulado por Freud (1917) cómo en el caso de la Melancolía existe un ataque por parte del superyo hacia el objeto, que ha pasado a formar parte del yo. En este sentido explica Freud (1917, pág. 2094):

Si oímos las autoacusaciones del melancólico experimentamos la impresión de que las más violentas resultan con frecuencia poco adecuadas a la personalidad del sujeto y, en cambio, pueden adaptarse a otra persona a la que el enfermo ama, ha amado o debía amar. [...] Nos da la clave del cuadro patológico, los reproches con los que el enfermo se abruma corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra el yo.

No obstante, esta vía -la del análisis de una agresividad inconsciente hacia el padre- no la he explorado porque, según mi modo de ver las características que presenta M.E., contribuiría a culpabilizarle o descalificarle aún más.

Centrándonos ahora en la terapia, esta se plantea en cierto modo compleja, aunque al ser un chico relativamente joven y aún ser posible trabajar con las figuras de apego primarias y no sólo con las imágenes mentales interiorizadas, podría haber un mayor margen de cambio. No obstante, se superponen muchos elementos, algunos de los cuales han quedado fuera del análisis, como la propia dinámica psíquica de los padres y de su relación de pareja, que determina tanto el trato con sus hijos como la visión del otro.

El objetivo que he perseguido con M.E., teniendo en cuenta la estructura de base y el entorno familiar, es que pudiera encontrar un lugar donde expresarse sintiéndose validado para, en último término, poder aceptarse con sus limitaciones. En este sentido, pienso que mi trabajo con M.E. ha seguido en mayor medida el enfoque de Kohut sobre el narcisismo que el de Kernberg. Este último pone el acento en la parte estructural del narcisismo patológico, es decir, plantea que desde un inicio aparecería una estructura patológica que encadena al sujeto a determinado tipo de defensas, que difieren en tipo más que en grado de lo considerado como normal. Sin embargo, Kohut entiende el narcisismo patológico como algo evolutivo, el proceso de maduración del sujeto estaría transcurriendo con normalidad, pero se encuentra con dificultades ligadas a las necesidades de idealización y devaluación (McWilliams, 2011). Como señala Bleichmar (1997), tanto Kohut como la psicología del self destacan en sus descripciones del narcisismo la dificultad en el mantenimiento de la autoestima o la tendencia a depender de figuras de las cuales recibir admiración con las que fusionarse, así como la dificultad en mantener un self cohesivo.

Sus diferentes enfoques posiblemente tengan relación con que, como aclara Bleichmar (1997), el tipo de paciente narcisista al que cada uno se refiere es diferente. Así, el prototipo de paciente al que Kernberg se referiría es el que posee una hipernarcisización producto del conflicto que la envidia le genera, con agresividad contra el objeto interno y externo. Sin embargo, el paciente de Kohut sería más bien el que posee un déficit primario de narcisización, como ocurre en el caso de M.E.

De aquí se deriva que el enfoque más *kohutiano* tenga como base una aceptación de la idealización y devaluación junto con una empatía básica acerca de la experiencia del paciente (McWilliams, 2011).

He sentido que este tipo de enfoque era el más beneficioso para M.E., y, paralelamente, he intentado hacer partícipes a los padres del proceso de M.E. fomentando una mayor curiosidad y acercamiento por el funcionamiento mental de M.E. En la misma línea, retomando la idea de la personalidad dependiente o anaclítica de Blatt, también se señala que en estos pacientes el apoyo y el vínculo cálido son esenciales para su evolución positiva (Bleichmar, 1997). Desde esta óptica se entiende mejor por qué M.E. tardó un tiempo relativamente prolongado hasta poder vincularse conmigo en terapia, pues lo vivía como un lugar amenazante donde nuevamente le criticarían o culpabilizarían por haber cometido “un error”.

Previamente mencionábamos la importancia del otro para estructurar nuestro aparato psíquico y cómo las experiencias con este otro hará que se inscriban o no resulten inscritos determinados contenidos en nuestro inconsciente, que, en última instancia, es el que condiciona nuestra vida anímica. (Bleichmar, 1997). Si partimos de la base de que, en este caso de M.E., ha existido un *déficit* de algunas funciones que habitualmente aparecen durante el desarrollo, el objetivo será el de proveer o estimular dichas inscripciones en el inconsciente, no tanto el hacer interpretaciones encaminadas a hacer consciente lo inconsciente. En este sentido, señala Bleichmar (1997) como uno de los objetivos de la terapia kohutiana: “se trata de narcisizar al paciente *no en la consciencia sino en el inconsciente*, a través de un vínculo que le transmita una representación de sí como valioso, aceptado, legítimo en sus deseos” (pág. 262). La idea central consiste en que pueda expresar su self grandioso sin sentir que será frustrado y las intervenciones buscarán que se vaya integrando con el yo de realidad, canalizando sus deseos hacia el desarrollo de capacidades y logros realistas. Por otra parte, se busca que pueda darse cuenta de sus necesidades narcisistas no reconocidas y cómo estas le conducen a un bloqueo emocional.

En este nuestro paciente, la falta de especularización fundamentalmente por parte del padre, pero también de su entorno próximo, del que se siente aislado y en soledad al percibir que no le comprenden, dan cuenta del enorme bloqueo emocional que M.E. muestra. Por este motivo, el hecho de que pueda expresar sus necesidades exhibicionistas al hablar de sus deseos de tener un trabajo de gran relevancia internacional, su gusto por la ropa de marcas de ropa de lujo o que me cuente las virtudes -realistas en este caso- que posee tanto con el piano como con el dibujo, lo considero un avance, teniendo en cuenta que -como explica él- cuando toca una nueva canción nadie le escucha, sólo su hermano si le paga 20 dólares. Gran parte del trabajo ha girado en torno a poder poner al descubierto la secuencia entre frustración narcisista como soledad, aburrimiento y apatía con su recurso al uso de sustancias -más en la fantasía que en la realidad, a compras compulsivas o a relaciones desajustadas con sus iguales. Por otra parte, reaparece conmigo su sensación de que le castigaré y le juzgaré por aquello que ha hecho, así como la dificultad para hablar espontáneamente de aquello que le afecta. Podríamos decir que aparece en la transferencia esta necesidad de ser especularizado pues, en caso contrario sobreviene un bloqueo emocional y una negación de dichas necesidades de ser reconocido en el vínculo. En relación a esto último, al ir conociendo su historia procuré cada vez más favorecer un clima de aceptación en el vínculo, a la vez que le permitiese pensar qué pudiera estar ocurriendo y que viera cómo la tensión narcisista daba cuenta de muchas de estas reacciones.

No obstante, he visto adecuado en este caso introducir el entrenamiento en técnicas de regulación emocional, principalmente *mindfulness* y conductas auto-calmantes. Dado que refería sentirse desbordado emocionalmente en algunos momentos, llegando a manifestar ideas autolíticas, creí necesario que pudiera disponer de ciertas herramientas que le ayudaran a sobrellevar

mejor estas situaciones. Fue algo pactado entre ambos y los primeros entrenamientos en dichas habilidades los realizamos en consulta, sentando una base de lo que posteriormente realizaría él de forma autónoma.

En relación a su propia historia, se trata de poder tomar distancia respecto a la visión de sus padres, para que pueda analizar sus rasgos patológicos, sus limitaciones y ver cómo el comportamiento de estos le ha afectado (Bleichmar, 1997). Como he descrito en la exposición del caso, esta parte ha tenido un papel fundamental en la terapia de M.E., analizando cómo, cuando se muestra vulnerable, su madre se angustia o su percepción de que el padre no tuviera la sensibilidad emocional para acercarse a él, más allá de por sus calificaciones académicas, sintiéndole como una suerte de hijo-trofeo. Todas las escenas en las que él se detiene, explicando que cuando está toda la familia junta siente que cada uno está en su mundo realmente, todos separados, dan forma a una realidad que aparece tras el sufrimiento presentado por mi paciente. Al ser un adolescente y poder trabajar con los padres, parece haber resultado positivo incluirlos en la terapia y tener algunas sesiones conjuntas en las que él pudiera verbalizar cómo se siente, devolviéndole estos una respuesta de validación y, de algún modo, especularizante. Otro aspecto importante que menciona Bleichmar (1997) y que, en el caso de M.E., ha aparecido en diversos momentos, es la discriminación entre personajes que son adecuados para su crecimiento y aquellos que resultan nocivos. El haber podido expresar relaciones de co-dependencia con respecto a ciertos compañeros que presentaban severas dificultades y que aparecía más que una relación de amistad, una de dependencia, fue fundamental para que, progresivamente, pudiera separarse de algunos de ellos. El poder verbalizar y, efectivamente, lograr una cierta separación de este tipo de vínculos por cómo le afectaban es otro de los logros que M.E. ha tenido.

Como comentaba al inicio, en la actualidad M.E. continúa en terapia. Hemos expuesto algunas de las líneas de trabajo principales y de los avances que se han producido durante este tiempo, pero también aparecen algunos obstáculos que ya se han podido apreciar. Uno de los más importantes es el hecho de que, a medida que M.E. va poniendo de manifiesto algunas problemáticas que, en efecto, ocurren en su familia, esto despierta ciertas resistencias en los padres. Resistencias a poder abordar asuntos que, por la propia problemática de la pareja e individual de cada uno de ellos, no han podido abordar por sí mismos y aparecen, de otro modo, en el sufrimiento de uno de sus hijos. Por citar un ejemplo, cuando M.E. en una de las sesiones familiares expone que nota a su padre distante emocionalmente, la madre se une rápidamente a esta percepción, sintiéndose el padre acorralado y en disposición de abordar una realidad que no le resulta agradable y que ha intentado evitar de múltiples formas.

Menciono el obstáculo de que el hijo remueva asuntos que afectan a la dinámica familiar y/o de pareja porque no podemos olvidar que, al ser adolescente, los padres son, en último término, los garantes de la continuidad de su terapia. Podría darse la situación paradójica de que, a medida que M.E. pudiera expresar ciertas vivencias que le han afectado, esto, por otro lado, pusiera el foco sobre unos padres que pueden no querer hacerse cargo de ciertas quejas o demandas, siendo la forma más evidente de distanciarse de todo ello la interrupción de la psicoterapia. Por tanto, esta sería otra resistencia sobre la que tendré que trabajar, aún siendo consciente de la complejidad que entraña.

REFERENCIAS

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras Completas*, tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas*, tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En *Obras Completas*, tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1924). El problema económico del masoquismo. En *Obras Completas*, tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Lacan, J. (2009). *Escritos 1*. México: Siglo XXI.
- McWilliams, N. (2001). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: The Guildford Press.

EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA INTEGRADORA

THE EVOLUTIONARY DEVELOPMENT OF THE CHILD FROM AN INTEGRATING PSYCHODYNAMIC PERSPECTIVE

Román Avezuela, Nuria¹ y del Valle Martín, María²

RESUMEN

A lo largo del presente artículo, vamos a llevar a cabo un recorrido a través de los estadios del desarrollo oral, anal, fálico y edípico planteados por distintos psicoanalistas (S. Freud, M. Klein, D. Winnicott, J. Lacan...) desde una perspectiva psicodinámica integradora, que pueda servir como herramienta para el estudio y tratamiento psicoterapéutico, no sólo de la población infanto-juvenil, sino también de la de adultos.

Palabras clave: Desarrollo evolutivo, integradora, psicoanálisis, etiopatogenia.

ABSTRACT

Throughout this article, we will make a travel through the stages of oral, anal, phallic and oedipal development raised by different psychoanalysts (S. Freud, M. Klein, D. Winnicott, J. Lacan ...) from an integrative perspective, that can serve as a tool for the study and for the psychotherapeutic treatment, not only for the infant-juvenile population, but also of the adult one.

Key words: Evolutionary integrative development, psychoanalysis, etiopathogenesis.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento del desarrollo evolutivo del niño resulta de utilidad no solo para los profesionales de Salud mental infanto-juvenil, sino también para el estudio y el tratamiento de la psicopatología del adulto, dado que, desde el psicoanálisis, se plantea la etiopatogenia de los T. Mentales como fijaciones o regresiones a etapas anteriores al desarrollo evolutivo.

El presente trabajo pretende ser una breve compilación de algunas de las teorías del desarrollo evolutivo, que han sido enunciadas por distintos psicoanalistas (S. Freud, M. Klein, D. Winnicott, J. Lacan...) intentando relacionar, integrar y establecer puentes, nuestros puentes. A simple vista, parecería que las distintas teorías psicoanalíticas se contradicen. Sin embargo,

1 Psiquiatra. Clínica Dr. León. C/ Roncesvalles, 2 (28007) Madrid. nuriaroman@hotmail.es

2 Psiquiatra. Hospital Severo Ochoa, Avenida Orellana, s/n (28914). Leganés. mariadelvalemartin@gmail.com

a continuación, vamos a poder ver cómo pueden complementarse. Tomaremos como referencia y guía los estadios del desarrollo evolutivo descritos por Freud, punto de partida de todas las escuelas psicoanalíticas, desde la etapa oral a la edípica.

ETAPA ORAL (0-1 año)

Durante el primer año de vida, el seno materno produce en el sujeto, la principal fuente de satisfacción libidinal apoyado sobre la necesidad biológica de ser alimentado. Las sensaciones corporales derivadas de la presencia y ausencia de este objeto, entre otros, van produciendo huellas mnémicas en el bebé. Estas huellas serán el caldo de cultivo del psiquismo del sujeto, pero en un principio son indialectizables y será necesario que se ensarten con las palabras de la madre, para que él pueda poner las suyas propias. Entendemos que esta primera instancia psíquica podría corresponderse con el registro de Lo Real lacaniano, aquello que no se puede nombrar, la represión primaria. La secundaria, se podrá adquirir tras el paso por el Edipo y será un mecanismo de defensa propio de la neurosis.

En la etapa oral, el sujeto no puede diferenciar interior-exterior, yo-no yo, madre-bebe. Ante esta precaria delimitación y cohesión corporal, los tipos de angustia que se ponen en marcha son de aniquilación y fragmentación, las más primarias. Según Melanie Klein, esta sería la fase esquizo-paranoide, en la que el sujeto introyecta los objetos buenos y proyecta en el otro, los malos, tanto propios como ajenos. Freud llamará a este tipo de vinculación, Narcisismo primario. Refiriéndose, a que el otro no es reconocido como sujeto separado con sus propias necesidades y procesos mentales; si no, que el otro sería una prolongación de uno mismo donde la separación entre ambos se difumina.

A los 4-6 meses, según Winnicott, el niño adquiere su objeto transicional. Este objeto es un espacio intermedio entre el yo y el otro, que simboliza a la madre en su ausencia y le calma. Este espacio será los cimientos sobre los que se alojarán otros procesos de simbolización, como el lenguaje. Para que algo simbolice a la madre, debe primero ser distinguida del propio sujeto. Coincide este momento, con el paso del Estadio oral primitivo al oral tardío (o Sádico-oral de K. Abraham). En el primero, el bebé no puede diferenciarse de la madre. En el segundo, el bebé ya se empieza a diferenciar de ella pero no la reconoce como un objeto completo, sino como un objeto parcial sobre el que desarrolla su ambivalencia: incorporar o destruir. La madre aún no es reconocida como un todo, sino como objetos parciales, escindida en dos: objeto bueno y malo. Esta escisión y su deseo de introyección y agresividad, enlaza con la teoría kleiniana. Será al final del primer año, cuando la madre podrá ser reconocida como un objeto total. Por otra parte, para que el sujeto pueda hacerse un cuerpo, un sujeto cohesionado y un yo separado del otro, primero debe hallarse el otro reconocido en su totalidad.

Este estadio concluye cuando se consigue la identificación primaria del ser, esto es, la diferenciación yo-no yo. En estas circunstancias, el niño puede acceder al lenguaje, cuando hay un otro separado a quien dirigirlo, y como sujeto, puede sostener su discurso al margen del discurso del otro.

Según la teoría lacaniana, al año o año y medio de edad, justo cuando finaliza este estadio, tiene lugar la resolución del estadio del espejo. El estadio del espejo consiste en que el bebé en un primer tiempo consigue integrar la imagen de la madre como una unidad cohesionada y completa, pasando de objetos parciales maternos a uno total. Es la imagen del otro lo que primero se constituye, como ya hemos dicho. A partir de la imagen completa de la madre, el niño, al verla en el espejo y escuchar sus palabras nombrándole a él mismo como sujeto, alojándolo en su deseo, puede reconocerse y comenzar a unificar su propia

imagen, su cuerpo, manifestando una curiosa respuesta de júbilo al verse reflejado en el espejo. Esto podría corresponderse con las enseñanzas de Winnicott. Es necesaria la función de la madre, pero no vale cualquiera, debe ser suficientemente buena, para el desarrollo mental y orgánico del bebé. Una madre que no frustré demasiado la demanda del niño, desalojándolo de su deseo; ni tampoco que esté en exceso presente, impidiendo que se pueda marcar la diferencia entre ausencia y presencia, porque si un bebé no necesita nada o no se le da nada, ¿para qué se va a dirigir al mundo con sus pasitos y sus palabras?.

Antes de los 2 años, se espera que pueda aparecer la negación. El No, viene a representar que el niño puede reconocer a la madre como una persona separada de él. Este hito en el desarrollo, es crucial para la constitución de un cuerpo y mente separados de la madre. Para Spitz, la negación es uno de los tres organizadores y su ausencia puede señalar la presencia de Autismo.

Los sujetos autistas, serían aquellos que no consiguieron resolver esta etapa, permaneciendo en el predominio de las pulsiones orales y las angustias de aniquilación-fragmentación, en el vínculo narcisista, en la fase esquizo-paranoide. El sujeto puede: aceptar las normas del lenguaje, sometiendo a él y concediendo perder parte de su goce; o por el contrario, rechazarlas manteniéndose en un estado de goce sin límites que puede llegar a ser insoportable, como sucede en el caso del autismo entendido desde la escuela de Lacan. El acceso al lenguaje produce por una parte el efecto de la castración del lenguaje, por la cual el sujeto nunca podrá satisfacer sus pulsiones al completo, como hacen los animales con sus instintos, y no le va a servir cualquier objeto. Siempre se quedará insatisfecho tratando conseguir aquellas experiencias primarias que dejaron esas huellas mnémicas. Pero a cambio, este resto sin satisfacer, esta imposibilidad de goce completo, será el motor del deseo, del impulso vital a buscar, crear, inventar, moverse... vivir. Según la teoría lacaniana, de lo que se trata en el autismo es de que los tres registros (Lo Real, Lo Simbólico y Lo Imaginario) no llegaron a anudarse entre ellos.

Para otras escuelas psicoanalíticas, los sujetos que sufren fenómenos psicóticos serían aquellos que esta etapa se resolvió, pero en algún momento de su vida sucede una regresión a ella. La catatonía y otras formas clínicas propias de la Esquizofrenia, son ejemplos de cómo el sujeto retira del mundo externo sus investiduras libidinales y las vuelca sobre sí mismo, volviendo al narcisismo, en este caso, secundario. En cambio, para los psicoanalistas lacanianos, no se trataría de una regresión a un estadio evolutivo anterior, si no, de una falla estructural (forclusión del significante del Nombre del Padre). Y el desencadenamiento de la fenomenología psicótica, representaría el desanudamiento de los tres registros y la regresión al estadio del espejo, donde no hay límites entre el yo y el exterior, como sucede con los fenómenos extraños del pensamiento de la Esquizofrenia. El delirio supondría para el sujeto psicótico una cura, una estabilización, un reanudamiento.

La categoría diagnóstica de la Clasificación Francesa de los T. Mentales del niño y del adolescente (CFTMEA), Disarmonía psicótica, podría entenderse como una fijación a esta etapa. Se trata de niños que no pueden separar el mundo fantasmático del real, que no adquieren el criterio de realidad. Tomando la teoría lacaniana y la práctica clínica, el lenguaje de estos niños presenta trastornos propios de los sujetos que presentan estructuras psicóticas: asociaciones laxas, alteraciones pragmáticas o sintácticas como, inversión pronominal (alteraciones sintácticas)...

ETAPA ANAL (2-3 años)

Esta etapa se caracteriza (entre otros hitos) porque el niño adquiere la capacidad de controlar sus esfínteres: anal y uretral. La zona libidinal de este estadio será la mucosa anal y las heces serán un objeto transicional entre el niño y la madre. Hasta

ahora, eran los padres quienes “controlaban” el cuerpo del niño. Pero, ya una vez constituido como sujeto separado de la madre, como cuerpo más o menos en su totalidad, el niño adquiere el poder de controlarlo. También se pone en juego la relación con ese otro separado: regalándole “el presente” que suponen las heces para los padres en una manifestación de amor, o negándose a dárselo cuando ellos quieren, en una forma de autoafirmación o agresividad hacia los padres.

Una vez constituidos la madre y el niño como objetos separados y totales, el niño establece con ella una relación dual, en la que de momento no puede haber cabida para un tercero. Resuelta la fase Esquizo-paranoide kleiniana, comienza la depresiva, con sentimientos de culpa, ante el daño deseado a la madre. Según la teoría freudiana, la culpa no se adquiere hasta la construcción del superyó en la fase edípica, pero M. Klein sí que describe un Edipo temprano. La teoría lacaniana sería congruente en el aspecto cronológico con la kleiniana, porque separa el superyó, que empuja al goce masoquista (correspondiente al superyó sádico freudiano) de la adquisición del Nombre-del-padre (N-d-P) y La Ley (equivalente al superyó edípico freudiano), siendo el primero anterior en su desarrollo. Las angustias propias de la fase depresiva kleiniana son de abandono. Como defensa a ésta, el niño pone en marcha defensas maniformes: omnipotencia, irritabilidad, hiperactividad, impulsividad, de control del otro...

Podemos tomar algunos casos de pacientes que padecen T. Personalidad Borderline para estudiar cómo puede operar este proceso de cohesión del cuerpo. Se trata de sujetos que tienen importantes problemas con su vivencia corporal. Desde luego, no se trata del horror experimentado por el sujeto autista que se muerde y mutila, ante el abismo de la ausencia del límite entre el yo y el otro.

Como resultado de la fijación a esta etapa, también podemos ver patologías en las que se ponen en marcha defensas no sólo maniacas, sino también sádicas y masoquistas. Estos dos lugares: agresor o víctima del otro son complementarios y no son tan distantes como cabría esperar. En el sadismo, algo propio se golpea en el otro. Así mismo, en el masoquismo, se agrede al otro desde esa posición pasiva. Ambos lugares, pueden relacionarse con dos subetapas del periodo anal: retentiva y explosiva. Estas dos etapas también se han relacionado con la neurosis obsesiva y con la paranoia.

Retomando estos dos lugares, sádico y masoquista, se puede enlazar con la teoría lacaniana, si tomamos el esquema Lambda de Lacan y el eje imaginario. El a' (i), la imagen propia, el yo imaginario, se crea a partir de la imagen del otro, a (i). Las relaciones imaginarias en las que lo simbólico no puede acudir a apaciguarlas se caracterizan por la ira, los celos, la envidia, la agresividad... El otro parece completo y poseedor de aquello que a uno le falta para alcanzar la completud. La agresividad circula y los límites del yo y el otro se difuminan. El conflicto imaginario –sin que pueda operar lo simbólico– solo puede tener como fin la muerte del yo o del otro. Podría entenderse que las relaciones sociales que se sitúan en el eje imaginario, equivalen para otras escuelas con las relaciones narcisistas, en las que el otro existe como una parte de mí. Entonces, aquellos vínculos en los que puede operar Lo Simbólico, serían las relaciones objetales que implican la adquisición de la capacidad de mentalización. Por lo tanto, podríamos deducir que estos tres términos vienen a describir lo mismo: la capacidad para reconocer al otro como sujeto separado con falta y la falta propia (relaciones apaciguadas por Lo Simbólico), con estados mentales (mentalización) y necesidades separadas de uno mismo (relaciones objetales).

Para la escuela lacaniana, la existencia de una estructura borderline no es reconocida, pero en su lugar a la mayoría de estos sujetos se les enmarca dentro de las llamadas psicosis ordinarias. Las psicosis ordinarias se tratarían de sujetos cuya estructura no es neurótica ni perversa, en los que el N-d-P se encuentra forcluído pero en los que no se ha desencadenado una clínica psicótica franca, al estilo de las psicosis clásicas como la Paranoia o la Esquizofrenia.

ETAPA FÁLICA (3 AÑOS)

En esta etapa, el interés se desplaza a la presencia o ausencia de pene. El órgano genital masculino, se equipara equívocamente con el falo. El objeto fálico (*a*) es un concepto simbólico (que no anatómico) que viene a representar la falta en ser, aquello de lo que adolece el sujeto estructuralmente para hallarse completo y pleno. La fantasía fálica, consistiría en que el niño cree que el padre, en tanto varón, tiene el objeto fálico y eso es lo que mueve el deseo de la madre.

Comienza la curiosidad por la genitalidad, pero aún no se ha reconocido una verdadera diferenciación sexual. Sólo el órgano masculino toma valor de existencia tanto para el niño como para la niña, como si sólo existiera un sexo: el masculino. Además, al niño se le plantean varios enigmas alrededor de la sexualidad: la concepción, embarazo, parto... para dar respuesta, inventará sus propias teorías sexuales infantiles como sería la fecundación mediante un beso, parto anal... Así mismo, se construye en la fantasía la escena primitiva/originaria.

Esta etapa, está marcada por relaciones de objeto narcisistas, el descubrimiento de la diferencia sexual y su posterior negación. Se plantean desde la teoría freudiana, dos posiciones narcisistas posibles que median dicha negación de la castración (castración entendida en términos simbólicos): la negación de la existencia del sexo femenino para el niño y reivindicación del falo, en la niña. Para Freud, esta diferencia anatómica, le facilita a la niña su entrada en el estadio edípico.

Traemos una viñeta clínica de la consulta que nos parece representativa. Un niño de esta edad dibujó a su madre a gran tamaño, mayor que otros personajes, utilizando prácticamente todo el folio en vertical para ello y le colocaba un pene. Tener o no tener pene está equiparado a la omnipotencia y a la plenitud. Durante un tiempo, niños y niñas mantienen la fantasía de una madre idealizada, todopoderosa y completa, que ha eludido la castración. La castración no es una operación anatómica, sino simbólica.

FASE EDÍPICA (3-5 AÑOS)

En esta etapa, el niño acepta la diferencia sexual, tanto ajena como propia, y se construye una identidad sexual mediante las identificaciones secundarias con los padres.

El Edipo freudiano y su resolución, permite al sujeto no solo la adquisición del Superyó normativo, sino también la identificación secundaria para la construcción de la identidad sexual, el paso de las relaciones duales a las relaciones triangulares, del vínculo narcisista al objetal. El niño se enfrenta con el límite simbólico con mayúsculas: la prohibición edípica. A partir de ahí, vendrán los siguientes, que le permitirán elaborar que no es omnipotente, que no puede controlar todo lo que quiere, a tolerar la frustración, a dar un lugar al otro como sujeto (no como objeto) y a mentalizar los estados mentales del otro.

Para Freud, la resolución del complejo de Edipo toma dos caminos distintos, según se trate de una niña o de un niño. En el caso del varón, el deseo edípico traería consigo la amenaza fantasmática de castración por el padre (angustia de castración). La resolución vendría dada por la identificación con el padre y la renuncia al objeto incestuoso. Para la niña, el desarrollo objetal es más complejo en tanto hay un cambio de objeto de la madre al padre.

Al igual que Freud tomó el mito de Edipo de la mitología griega, Lacan toma el término N-d-P de la tradición judeo-cristiana, para referirse a la Ley, a la prohibición operada por un tercero. La ley primordial es aquella que prohíbe el incesto, que pone un límite al goce materno, marcando una distancia entre el niño y su madre, permitiendo que el niño pueda ocupar una posición distinta al de un objeto de goce, la posición de sujeto. Es precisamente ésta la función que realiza Un-Padre. No es necesario que el padre esté presente físicamente para que opere este efecto. P. Ej. El padre puede fallecido pero la madre al nombrarle, nombrar su prohibición permite que opere. El lugar de Otro materno o paterno, no tienen por qué ser ostentados por la madre y el padre literalmente, son lugares simplemente y pueden ser ocupados ambos por un solo progenitor, por otro familiar, por el progenitor del género contrario... Al igual que el mito de Edipo nos sirve para entender la teoría freudiana sobre el complejo de castración y la formación del Superyó, este otro mito nos sirve para comprender el efecto del lenguaje sobre el sujeto. El sujeto puede pasar por la castración, o sea, aceptar las normas y leyes del lenguaje, sometiendo a él y concediendo perder parte de su goce o por el contrario, rechazarlas manteniéndose en un estado de goce sin límites, propio de las psicosis desencadenadas (clásicas) y ordinarias, que puede llegar a ser insoportable. El significante del N-d-P, al delimitar el goce materno, produce como efecto la adquisición de otro, el significante fálico. A nivel teórico, el sentido de la castración freudiana se situaría a nivel corporal (lo real y lo imaginario). En cambio, la castración lacaniana, se sitúa a nivel simbólico, en el lenguaje. El N-d-P tendría como función, el anudamiento estable de los tres registros (real, simbólico, imaginario), el anudamiento propio de la neurosis. Sujetos para los que el N-d-P está forcluido tendrán que inventar otras formas de anudamiento a modo de suplencia. Para la escuela lacaniana, que un sujeto tome una posición masculina o femenina en su desarrollo evolutivo, no está condicionado por su sexualidad, sino por el lugar en que se coloca ante la falta y el deseo del otro (tener o ser el falo).

Enlazando las enseñanzas de ambas escuelas, que no son tan dispares, el paso por el Edipo supone la aceptación de la Ley moral, de la limitación y la falta en ser, del otro como sujeto y del establecimiento de las relaciones objetales.

CONCLUSIONES

Las teorías planteadas por las distintas escuelas psicoanalíticas no están tan alejadas unas de otras, como a priori pudiera parecer. De hecho, sus aportaciones a menudo se complementan, incluso con teorías no psicoanalíticas, enriqueciendo nuestro saber a la hora de tratar el caso por caso, en la práctica clínica con niños y adultos.

El estudio del desarrollo evolutivo del niño es una parte fundamental de la formación en psicoterapia de orientación psicodinámica.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras maestras.

REFERENCIAS

- Álvarez, J.M. (2013). *Estudios sobre la psicosis*. Barcelona: Xoroi.
- Bergeret, J. (1988). *Manual de Psicología patológica. Teoría y clínica*. Barcelona: Masson.
- Coccoz, V. (2014). *La práctica lacaniana en instituciones I. Otra manera de trabajar con niños y jóvenes*. Argentina: Grama ediciones.
- Freud, S. (1972). [1894]. *Obras completas*. 9 vol. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (2010). *Seminario III. Las psicosis*. Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2013). *Escritos I*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Matilla, K. (2008). Clínica lacaniana de los fenómenos elementales en la paranoia: Historia y teoría. *Frenia, VIII*, 221-258.
- Marcelli, D (2010). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Miller, J. A. (2011). *Las psicosis ordinarias*. Argentina: Paidós.
- Mollejo, E. (2012). *Los trastornos mentales graves de la infancia y la adolescencia*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios.
- Rodulfo, R. (1989). *El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Argentina: Paidós.
- Segarra, R. (2013). *Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica*. Madrid: Médica Panamericana.

DESARROLLO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE UNA PARENTALIDAD TRANSGÉNERO

CHILD DEVELOPMENT IN THE CONTEXT OF TRANSGENDER PARENTING

Martín Tarrasón¹, Sergio

RESUMEN

En este trabajo presento el aprendizaje clínico que supuso para mí, como terapeuta, la experiencia de atender a una familia con un progenitor transgénero. Tras una introducción teórica en que expongo un breve listado de las publicaciones existentes, narro mi recorrido en este tratamiento y las circunstancias específicas que rodearon el trabajo terapéutico. Finalmente añado un apartado de conclusiones en el que trato de comunicar los aprendizajes centrales desde el punto de vista clínico; los esperados y los inesperados.

Una de las principales reflexiones que propongo es la necesidad de diferenciar, por un lado, las expectativas terapéuticas y los prejuicios teóricos, y por el otro, la práctica clínica real, que es nuestro auténtico objeto de trabajo, nuestro auténtico foco de atención.

Palabras clave: Transgénero, parentalidad, desarrollo infantil, nuevos modelos de familia, psicoterapia

ABSTRACT

In this paper, I present the clinical learning that meant for me as a therapist the experience of attending a family with a transgender parent. After a theoretical introduction in which I present a brief list of the existing publications, I explain my journey in this treatment and the specific circumstances surrounding the therapeutic work. Finally I add a section of conclusions in which I try to communicate the central learning from the clinical perspective; the expected and the unexpected learning.

One of the main reflections that I propose is the need to differentiate, on one hand, therapeutic expectations and theoretical prejudices, and on the other, real clinical practice, which is our authentic work object, our authentic focus of attention.

Key words: Transgender, parenting, child development, new family models, psychotherapy.

1 Psicólogo Sanitario, Psicoterapeuta Psicodinámico, Analista en Formación del Instituto de Psicoanálisis de Barcelona (IPB) de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP). Consulta Privada en Sabadell, en Psicología Clínica Centre Passeig Manresa 20, 1º 3ª. 08202 Sabadell (BARCELONA) E-mail: smt.sergio@gmail.com

DESARROLLO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE UNA PARENTALIDAD TRANSGÉNERO

En la práctica continuada en nuestras consultas privadas, recibimos cada vez con mayor frecuencia consultas que se centran en demandas individuales, familiares y de pareja, que han sido menos atendidas históricamente y por tanto han sido menos habituales en la literatura clínica. Los nuevos modelos de familia, los modelos de pareja que difieren de la línea *mainstream* de la monogamia heteronormativa (McCann, 2018), y por supuesto las orientaciones sexuales e identidades de género forman parte de este cambio. Afortunadamente, desde el punto de vista social y político, se han logrado unas libertades y una protección legal y sanitaria muy distintas de las que existían décadas atrás, por mucho camino que quede por recorrer en cada una de éstas circunstancias.

Estos cambios sociales han favorecido que todas aquellas personas que se hallan en estas circunstancias, y que por algún motivo necesitan de una ayuda terapéutica, tengan más posibilidades de recibirla o de solicitarla. Y en este sentido nuestro reto y nuestra responsabilidad como clínicos es la de estar no sólo dispuestos, sino también preparados para atenderlos.

La circunstancia que nos ocupa en el presente artículo, la parentalidad transgénero, se explicitó en mi actividad clínica privada a raíz de la consulta de una familia que implicaba un reto profesional (después de haber atendido a familias en situaciones similares en mi trabajo en la asistencia pública). Implicaba las mencionadas vertientes: *disponibilidad* para atender y sobre todo para aprender, y *preparación* para ser realmente útiles. Retos así de valiosos nos ayudan a mantener el interés y la devoción por la profesión que elegimos, y actualizan el deseo y la ideología de origen: ayudar al prójimo.

En la revisión de la literatura clínica dedicada a la transgeneridad, el travestismo y la transexualidad, encontramos numerosos trabajos elaborados desde una aproximación psicoanalítica, que difieren considerablemente en sus contenidos a medida que avanzamos en las décadas de publicación. No sólo vemos una evolución considerable en cuánto a los contenidos y la aproximación teórica, sino también en la frecuencia con la que se publican trabajos, siendo así temáticas progresivamente más tratadas a medida que nos acercamos a principios del siglo XXI y en adelante.

A continuación, en una breve revisión de publicaciones, podemos comprobar cómo se aborda esta temática desde tres perspectivas distintas: la del paciente adulto, la del paciente en la infancia o la adolescencia (en referencia al desarrollo de la identidad de género y las características de la futura sexualidad adulta), y la de la teoría psicoanalítica.

La transgeneridad desde la perspectiva del paciente adulto:

- Chiland (2000) realiza una aproximación a la transexualidad desde la óptica de los trastornos narcisistas, y señala la dificultad de su tratamiento desde la técnica psicoanalítica al ser pacientes con tendencia a estar centrados en el cuerpo, con dificultades para aceptar un enfoque psicológico de sus problemas.
- Gozlan (2016) pone el énfasis en las formas a través de las cuales la transexualidad orienta las discusiones sobre identidad, socialización, y las modalidades de autoconstrucción de género.
- Hansbury (2005) da más importancia al proceso de duelo para el desarrollo de una identidad transexual positiva, donde se pueda dejar atrás el objeto persecutorio del pasado, y se libere y se realice la imagen idealizada del futuro.

- King (2012), desde el enfoque relacional, describe el proceso inherente a la Cirugía de Reasignación de Sexo al ser acompañado en la diada terapéutica.
- Lemma (2016) profundiza en el impacto que ejerce la modificación del propio cuerpo en la continuidad entre las diferentes representaciones del yo a lo largo del tiempo, siendo éstas una importante característica de la identidad humana.
- Pula (2015) pone en duda la noción de que las personas transgénero son inherentemente anormales, perversas y/o psicóticas, y trata de revisarlo como una cuestión epistemológica.
- Samons (2001) describe que, cómo un medio para controlar, ocultar o compensar los sentimientos transgénero (de hombre a mujer), una persona puede exhibir una negatividad transgénero exagerada, un desdén general por la diversidad sexual o comportamientos hipermasculinos.
- Stein (1995) destaca algunas problemáticas en el tratamiento del transexualismo desde el punto de vista técnico a través de un caso clínico: identificación, culpa y vergüenza, derecho y empoderamiento narcisista, deseo y reconocimiento, género y diferencia, significados múltiples y elaboraciones emocionales de masculinidad y feminidad.

La transgeneridad desde la perspectiva del paciente en la infancia y la adolescencia:

- Busch de Ahumada (2003) aborda las representaciones femeninas como un intento de restitución de traumas infantiles y de sus consecuencias en el desarrollo yoico y relacional.
- Caspian (2018) subraya la creciente importancia que tiene este tema en la perspectiva e influencia política y social, y critica la perspectiva puramente neurobiológica como paradigma para entender este fenómeno.
- Ehrensaft (2014) expone el modelo afirmativo de género, junto a los conceptos de verdadero self de género, el falso self de género, etc.
- Green (1979) aportó algunos de los primeros estudios sobre las orientaciones sexuales e identidad de género de los hijos de progenitores homosexuales y transexuales.
- Kafka (1992) señala la importancia de conocer la influencia de las fantasías inconscientes de los progenitores, para comprender mejor el desarrollo de la identidad de género en los hijos e hijas.
- Lament (2014) señala la polémica existente, las dudas y las conclusiones aun parciales, respecto a los tratamientos hormonales con fármacos supresores o bloqueadores de la pubertad en niños y niñas transgénero.

- Saketopoulou (2014) plantea el concepto “*massive gender trauma*” como un síndrome clínico. Recalca la necesidad de ayudar al paciente a representar psíquicamente el dolor propio, entendiéndolo como un elemento clave en el proceso de llevar a cabo una transición física de forma psicológicamente saludable.
- Tsoukala (2018) profundiza en la crítica a las clasificaciones diagnósticas, los centros de atención y los estilos de intervención que promueven una visión dicotómica: aceptación de género vs. rechazo de género, mentalidad abierta vs. conservadora y/o transfóbica... Propone un estilo de terapeuta capaz de tolerar lo desconocido y de acompañar al paciente en la integración del yo interno fragmentado.
- Winograd (2014) explora el debate existente entre la indicación de Cirugía de Reasignación de Sexo y la indicación de Psicoterapia. Entiende el desarrollo de la identidad de género como complejo y multifacético, y subraya la necesidad de continuar la investigación clínica para comprender mejor los factores biológicos, psicosociales, genéticos y epigenéticos implicados.

La transgeneridad desde la perspectiva de la teoría y técnica psicoanalítica

- Cavanagh (2018) desde una orientación lacaniana conceptualiza la encarnación transgénero.
- Ceccarelli (1997), basándose en el concepto de identificación primaria y la diferencia entre sexo y género, reflexiona sobre la noción de identidad misma desde el punto de vista psicoanalítico.
- Elliot (2001) examina el problema del reduccionismo sociopolítico y biológico, y la necesidad de analizar (sin patologizar ni normalizar) procesos psicosexuales complejos.
- Goldner (2011) aborda las subjetividades transgénero en muchas de sus dimensiones y complicaciones. Expone la paradoja teórica de relativizar el concepto de género como binario, al mismo tiempo que se lo ratifica. Y añade cómo las personas transgénero intentan lidiar con estas contradicciones para construir una vida habitable.
- Harris (2011) expone el paradigma cambiante de las identificaciones transgénero y de la identidad de género en general. Se centra en los fenómenos transgénero como un espectro de posiciones y modos de ser, que pueden implicar problemas en el desarrollo, o también implicar casos de dolor psíquico y euforia.
- Lurkhour (2010) argumenta que el psicoanálisis y la ciencia responden con modelos de tratamiento radicalmente distintos y que, sin embargo, ambas disciplinas parten desde una perspectiva heteronormativa y patriarcal. Plantea que el aislamiento social que implica el silencio, puede ser equivalente a los distintos niveles de desvertebración que las personas transexuales atribuyen a su condición.
- Ryan (2005) pretende proporcionar una comprensión de la formación y el desarrollo del travestismo más allá de la explicación psicoanalítica clásica, poniendo más énfasis en las ansiedades que emanan de la relación simbiótica temprana con la madre, la formación del sentido del yo y las ansiedades de separación no resueltas.

Tal y como se puede constatar en este breve listado, prácticamente en todos los trabajos el foco central se articula en torno a cuatro grandes vertientes de este fenómeno: el desarrollo de la identidad de género, el desarrollo de la sexualidad, los procesos ejercidos en el propio cuerpo, y la implicación de todos éstos en los vínculos familiares y sociales.

El caso clínico que presento a continuación, desde mi punto de vista, tiene un valor añadido dado que se plantea desde el punto de vista de la crianza. Es decir, el punto de vista del desarrollo emocional de los hijos de un padre transgénero que se traviste ocasionalmente y que hace incursiones, más o menos organizadas, en los procedimientos médicos de cambio de sexo biológico (en este caso, el tratamiento hormonal).

Centrarnos en una perspectiva evolutiva abierta, no focal, distinta de la que se centra exclusivamente en el desarrollo de la identidad de género en estos hijos, nos permite ampliar parcialmente nuestra eficacia terapéutica en la clínica. Esto nos da mayor libertad para no basarnos en expectativas clínicas previas, pudiendo centrarnos así en la presentación del caso real con su idiosincrasia específica.

Tal y como citan otros autores, creo que como terapeutas debemos ser capaces de gestionar adecuadamente nuestros prejuicios teóricos e ideológicos, tolerar la incertidumbre sin construir relatos previos a la experiencia terapéutica, y serenar el deseo terapéutico y de conocimiento para que no resulten intrusivos.

CASO CLÍNICO

Aproximadamente tres años atrás, acuden a mi consulta Patricia y Miguel, los progenitores de Alba (9 años) y Javier (5 años).

Los progenitores, en la primera visita, comunican su preocupación por las dificultades que tienen para controlar a ambos hijos, desde un punto de vista normativo y conductual y en clara referencia a las dificultades de controlar los impulsos. También refieren la presencia de sintomatología de tipo ansioso en la hija mayor, y de sintomatología encoprética en el hijo pequeño.

En el momento de la primera visita la pareja parental se presenta como estructuralmente frágil y, desde una perspectiva histórica, en una clara tendencia al deterioro progresivo del vínculo. La convivencia entre ambos progenitores en ese momento, una vez la exploramos en profundidad, parece ser más geográfica que relacional. Esto se debe principalmente, y entre otros motivos, a que el padre ha comunicado su decisión de iniciar su transición somática y de reasignación de género, iniciando así el tratamiento hormonal y las gestiones para una futura Cirugía de Reasignación de Sexo.

Según me comunican, como pareja habían convivido con sinceridad, desde el principio del vínculo, con la identidad transgénero del padre y con su tendencia al travestismo. Ésta última quedaba encapsulada en la intimidad del hogar, y desde el nacimiento de los hijos ocasionalmente se escenificaba socialmente en momentos de especial significación emocional. Ambos han sido así históricamente conscientes que esta decisión del padre llegaría tarde o temprano.

Finalmente, debido a diversos factores individuales y familiares, Miguel ha decidido iniciar su transición y ésta implica, por un lado, un proceso de duelo individual (corporal, de identidad individual y social), y un proceso de duelo familiar (ya que esta decisión implicará más que probablemente la disolución del matrimonio). Pero por otro lado, también implica para él una oportunidad de mayor libertad individual y de realización de los deseos asociados a la propia identidad de género, y la posibilidad familiar de reorganizarse en la dirección de lo que, idealmente, pudiera ser una estructura familiar más sólida y con mayor capacidad de ser sostenida en el tiempo. Del mismo modo que otras familias que pasan por experiencias de crisis profunda o de reorganización de la convivencia y de la estructura, esta familia también opta a organizar un futuro que permita generar mejores y más estables recursos de contención emocional para acompañar a sus hijos en la crianza.

El cambio vital que implicó para ellos el paso de pareja a pareja parental, con el nacimiento de Alba y Javier, dio por cumplidas sus expectativas de ser padres. Este era un deseo intensamente compartido por ambos progenitores, que vertebró en su momento la construcción de la pareja y la organización relacional de ésta. Pero llegado este gran cambio, una vez construida la familia deseada, también quedó digamos que obsoleta la etapa en que el padre optaba por la inhibición de sus deseos transgénero.

Una de las hipótesis en el trabajo inicial es que es probable que ambos, al igual que otras parejas, buscaran a través de la parentalidad una solución a las dificultades en su relación o a la estructura de su vínculo; una huida hacia adelante de su situación parcialmente confusa y cargada de incertidumbre, de los aspectos frágiles de su construcción...

Como nos muestra habitualmente la experiencia clínica, y la vida, la parentalidad implica una enorme oportunidad de resolver y reorganizar conflictos. Una oportunidad única de reparar la historia familiar intergeneracional. Pero la parentalidad también pone intensamente a prueba las capacidades y recursos de que disponemos los adultos para afrontar un cambio de tales dimensiones, para hacernos cargo de nuestros hijos, a pesar de nuestras propias necesidades, vulnerabilidades, sensibilidades, deseos y temores.

En este sentido, Patricia y Miguel comunican por tanto importantes elementos de la vida mental adulta implicados en la sintomatología de sus hijos, que es el motivo aparente de consulta. Esto, desde el punto de vista de los objetivos del tratamiento, implica el reto de aclarar qué proporción encontramos en este grupo familiar de aquello que llamamos en nomenclatura psicodinámica *escenarios narcisistas de la parentalidad* (Manzano, Palacio-Espasa y Zilkha, 2002).

En cuanto a la consulta que realizan respecto a sus hijos, ésta muestra la apariencia de una consulta digamos que habitual en el trabajo clínico cotidiano.

Me explican que Javier, que tiene cinco años en el momento de iniciar las visitas, es un chico básicamente sano, con la mayoría de retos evolutivos alcanzados de forma exitosa, pero que le cuesta controlarse y tolerar la frustración. Se enfada a menudo y le cuesta regular adecuadamente sus reacciones y comunicaciones. Junto a estas dificultades entorno al control de los impulsos, que aparentan ser retos evolutivos que podrían progresar hacia la salud sin intervención terapéutica, aparece otra sintomatología también asociada con el control de los impulsos, pero que ya implica una significación clínica: a pesar de ser capaz de controlar la defecación alcanzando así la continencia, con cinco años largos, no acepta defecar en la taza del wáter. Los progenitores me explican que han intentado de todo sin resultado: ser pacientes, ser exigentes, establecer rutinas, probar

adaptadores, hacer de modelos, probar con el orinal y con la taza de wáter, premiar, incluso castigar... La experiencia tanto para ellos como para su hijo es de un malestar más o menos continuado en la convivencia, lo cual acaba implicando un deterioro evidente del vínculo familiar. Desde ya hace tiempo sólo acepta una forma de defecación: pide el pañal para hacerlo a modo de descarga, o si no se lo facilitan acaba defecando en pequeñas cantidades, a modo de descargas dolorosas, provocando un malestar clínicamente significativo. Estas dificultades se expresan en el ámbito escolar en conductas de prolongada retención de las heces, que en ocasiones fracasa y acaba provocando incontinencia por rebosamiento.

Esta tendencia genera en casa una dinámica incesante de cambios de ropa, limpieza de partes íntimas (de hasta cinco o seis veces cada tarde), hecho que limita la libertad del grupo familiar y sus posibilidades de socialización. Como veremos más adelante, esta diferencia esencial entre el espacio relacional íntimo y el espacio relacional público, contiene una significación especial para esta familia.

Respecto a Alba, los progenitores dicen que no están demasiado preocupados. Me explican que su hija está mostrando ya hace tiempo algunas conductas que aquí señalaríamos como posibles síntomas de ansiedad: hace un año y medio que presenta tics faciales que, aunque varían en la forma y en la frecuencia de aparición, están presentes de forma continuada en el tiempo, con sólo algunas semanas asintomáticas a lo largo de este periodo. Añaden, aunque de forma algo confusa, que ven algunas reacciones desproporcionadas frente a situaciones donde podrían estar en juego ansiedades de separación, temores a la pérdida de los progenitores, etc. Junto a éstas, Alba expresa algunas verbalizaciones donde comunica su preocupación por el bienestar físico del padre y de la madre, y por la propia integridad física.

Los progenitores dan menos importancia a este tipo de síntomas de Alba, por muy significativos que parezcan desde un punto de vista emocional, y parecen estar más centrados en la sintomatología del hijo, más concreta y explícita, con menos posibilidades de negación o disociación, y sobretodo centrada en el cuerpo.

En cualquier caso, una de las funciones centrales de las primeras visitas es la de acoger el motivo de consulta explícito, intentando objetivar el motivo de consulta implícito cuando es posible hacerlo. Este último a menudo tendrá una importancia central a la hora de elegir nuestra indicación de tratamiento y de estructurar los objetivos centrales y focales de nuestra intervención.

En esta ocasión, una vez realizada la primera visita, los progenitores insisten de forma vehemente en que yo realice un proceso diagnóstico y posterior tratamiento en encuadre individual, en paralelo, con cada uno de sus hijos. En ese momento trato de explicar lo más claramente posible por qué sería técnicamente inadecuado y terapéuticamente perjudicial que un mismo terapeuta se encargara del tratamiento individual de dos familiares de primer grado al mismo tiempo (en este caso de dos hermanos), y sobretodo trato de explicar los motivos por los que les planteo una exploración en grupo familiar, como paso previo a lo que pueda ser una futura indicación de tratamiento de grupo familiar.

Les propongo este encuadre inicial teniendo en cuenta no sólo la sintomatología que explican de cada hijo, sino también valorando que más que probablemente la situación y dinámica familiar actuales serán algunos de los objetivos centrales de un posible trabajo terapéutico. Les comunico así, a través del encuadre y la experiencia terapéutica, una idea próxima al progreso centrado en las causas y no sólo en las consecuencias. En este sentido no me alío con la interpretación defensiva que

separa por un lado la historia familiar y los escenarios presentes en el mundo adulto, y por el otro la sintomatología que comunican los hijos. Éstos últimos son, como habitualmente nos encontramos en nuestra práctica profesional, los miembros más frágiles del grupo familiar y, por ello, pueden ser los que generen la sintomatología comunicativa que promueva la búsqueda de ayuda terapéutica. Por tanto, dentro del grupo, pueden ser los comunicadores efectivos de la necesidad y el deseo de iniciar un proceso de cambio.

Una vez llegamos al acuerdo de iniciar una exploración diagnóstica en formato de grupo familiar, recibo en tres visitas y de forma conjunta a los progenitores y los dos hijos. Trato de combinar una perspectiva de grupo y de análisis de la dinámica familiar, con la perspectiva de analizar y profundizar en las características individuales de cada uno de sus miembros.

Respecto a las características individuales de Javier, de cinco años de edad en ese momento, destacaría que es un chico más bien callado. Tiene una forma de mirar y vincularse próxima a la desconfianza, y revela una tendencia evidente a tratar de descubrir mis estados emocionales o mis reacciones hacia él y hacia sus comunicaciones. Muestra cierto grado de inhibición en la gestión del impulso y en el ejercicio de los propios deseos, y a pesar de todo ello es capaz de relacionarse, comunicarse y establecer juego simbólico e intersubjetivo de forma espontánea y capaz.

Desde un principio está cómodo en la situación terapéutica, pareciendo especialmente importante para él mi rol como terapeuta más bien respetuoso y poco intervencionista en las visitas exploratorias; en este contexto se muestra capaz de desarrollar una progresiva confianza que permite aproximarnos a un entendimiento cada vez con mayor sintonía.

Desde el punto de vista clínico, la sintomatología que identificamos remite al reto evolutivo de aprender a gestionar de forma más adecuada sus propios impulsos, que en base al conflicto se muestran en organización dicotómica: tiende a estar en ocasiones inhibido, y en ocasiones descontrolado. El síntoma encopréptico parece consolidar esta impresión diagnóstica.

Alba, la hija mayor, de nueve años en ese momento, es una chica básicamente sana pero más bien brusca en la vinculación y en el uso de los objetos. Tiende a mostrarse actuadora a fogonazos, y prefiere esconder sus comunicaciones y sus preferencias en cuanto a los juguetes o los juegos que acuerda hacer con su hermano. En la comunicación transferencial se aproxima a lo que sería el rechazo al extraño, dejándome inicialmente fuera de la escena relacional, y así elige excluirme antes que intentar aprovechar el recurso terapéutico.

Trata impulsivamente de favorecer la comunicación entre sus progenitores, y está híper-observante de cualquier indicio que revele en ellos un estado de ánimo bajo, o algún tipo de sufrimiento, o cualquier posible descuerdo. Oscila así entre la descarga verborrérica por un lado, y la inhibición cargada de ansiedad anticipatoria por el otro.

A pesar de esta descripción escueta e inicial que hago de mis impresiones diagnósticas de los hijos, en estas sesiones familiares la realidad es que adquiere casi todo el protagonismo la presencia y comunicación no verbal del padre, y su ambigüedad de género en aquel momento. Es difícil para mí mantener un espacio mental disponible para la libre asociación/interpretación de aquello que la familia comunica como grupo en el escenario terapéutico, sin sobredimensionar la significación de la condición transgénero del padre. Es decir, como terapeuta tengo el riesgo inicial de hipertrofiar la significación de esta condición, sobre-simbolizando su centralidad y su efecto causal sobre las dinámicas familiares.

El padre acude inicialmente a estas visitas diagnósticas parcialmente obligado por mi demanda de realizar un encuadre terapéutico como grupo familiar. Acepta acudir a estas tres primeras visitas a regañadientes, pero por suerte para los objetivos terapéuticos, este escenario inicial cambia una vez realizamos la devolución diagnóstica.

En las visitas diagnósticas, Miguel, de 42 años, al contrario que en la primera visita, se muestra básicamente femenino. Viene con una larga melena suelta y un gran *foulard*, que usa inicialmente como complemento de vestuario en forma digamos que clásicamente femenina. A medida que avanzan las visitas, aprovecha para jugar con sus hijos y con este tipo de prenda, convirtiéndolo en vestidos de diferentes tipos, y estableciéndose una escena lúdica aparentemente cotidiana en la que los hijos lo ayudan a ponerse guapa, peinada y bien vestida. En la vinculación con ellos se muestra básicamente cómodo, espontáneo y algo reivindicativo exhibiendo su feminidad.

Entre los tres parecen escenificar una organización del vínculo estable a lo largo de las visitas: la hija mayor, temerosa de la pérdida y la separación, y reactivamente reclamadora y seductora relacionalmente, es la que más ayuda al padre con el pañuelo y con la melena. El padre se muestra próximo en el contacto corporal, con un estilo de comunicación pausado y algo teatralizado, y tiende a eludir mi mirada como terapeuta a pesar que de forma indirecta se muestra muy interesado en mis reacciones y mi estilo personal como terapeuta. En esta escena, el hijo se muestra básicamente interesado en formar parte del vínculo que establecen su hermana y su padre, intentando encontrar su lugar en esta organización y mostrándose muy interesado en conseguir la atención del padre; a pesar de ello, sólo acierta a imitar parte del juego más complejo que realiza la hermana.

La escena familiar en estas visitas es, pues, básicamente un juego a tres, estableciéndose un espacio de relación triangular identificable entre el padre y los dos hijos, y un espacio de exclusión participante de la madre. Ésta permanece sentada próxima a mi posición, y observa la escena a cierta distancia, entre precavida y contenida, mientras me comenta algunas de sus preocupaciones u observaciones.

Patricia, de 41 años, es una mujer de tendencia ansiosa pero capaz de sostener la complejidad de esta situación, a pesar de estar asumiendo un alto grado de conflicto interno e incertidumbre vital en esta etapa de su vida. En base a sus capacidades, se mantiene estable y no cede ante el esfuerzo. En estas primeras visitas me lanza miradas de complicidad cuando trata de señalar algo de lo que sucede o algo de lo que se dice en las visitas, como dando por supuesto que interpreto algunos eventos de forma similar a como ella lo hace, o que le doy la misma importancia a los detalles que para ella son significativos. Por un lado esta comunicación es acertada, funciona; es decir, creo que entiendo lo que la madre me señala. Pero lo que es seguro es que ya desde el principio me propone una alianza entre ella y yo, me propone que compartamos un esfuerzo de pensar en el grupo familiar desde fuera del grupo.

Es decir, se posiciona en un lugar similar al de mi función, más próxima al rol del terapeuta que al rol de miembro del grupo familiar, quedando por un lado excluida de la escena familiar y por el otro vinculada en una relación más exclusiva conmigo como terapeuta, que no podrá tener una continuidad como tal en una fase de tratamiento.

Cabe decir que esta identificación parcial con la figura del terapeuta suele ser, y en este caso acaba siendo, el paso previo a la identificación e integración de la función terapéutica. La madre, con una aún precaria organización de la alianza terapéutica, comunica su deseo de identificación con esta función que en realidad acabará siendo consistente y progresivamente más potente

a lo largo del tratamiento. Me solicita rápidamente establecer una alianza terapéutica explícita y, aunque se muestra sensible a la discontinuidad del vínculo, acaba siendo básicamente capaz de aprovechar el espacio terapéutico. Desde el primer día hace un uso del recurso terapéutico próximo a la función de generación de pensamiento y promoción de la esperanza (Meltzer y Harris, 1989).

Un aspecto significativo de esta presentación como grupo familiar en el espacio terapéutico, es que no representa una correlación directa con la estructura real de convivencia familiar que describen los progenitores, sino que podríamos entenderla como reactiva y emocionalmente ligada a ésta.

Por ejemplo, Patricia es una madre que en el día a día está muy disponible y muy dedicada a sus hijos, ejerciendo el rol de figura primaria de apego con claridad y, como tantas veces vemos, siendo la figura adulta que más carga asume en la crianza. Y, en cambio, queda desplazada en el encuentro terapéutico (asumiendo así uno de los papeles más difíciles en el grupo, que es el del miembro que queda excluido del encuentro relacional).

El padre por su parte, en el día a día de la convivencia, se describe como una figura intermitente, que en base a los propios altibajos emocionales y variadas actuaciones, acaba siendo inestable e impredecible en la vinculación. Se añade que, estando en una etapa de transición personal tan marcada, tiende a estar focalizado más en los propios deseos, necesidades y temores, siendo así aún más difícil que mantenga un espacio mental suficientemente disponible para sus hijos. A pesar de ello, en el encuentro terapéutico se muestra compensatoriamente disponible y establemente vinculado con ellos (asumiendo una presentación parcialmente idealizada y, en mi opinión, próxima a la escenificación histeroide).

De hecho, en la convivencia real, Miguel tiende a “escaparse” tanto durante los días como durante las noches, en ocasiones vestido como hombre, y cada vez más a menudo vestido como mujer. Sus comunicaciones hacia su esposa y sus hijos son tan restringidas que, a menudo, éstos no saben cuándo está o no está en casa, o si llegará o no antes de que los niños se duerman, o si volverá o estará unos días fuera.

De este modo, el mundo adulto presenta tanta ambigüedad e incertidumbre que no se puede transmitir una anticipación suficientemente contenedora para los hijos. Éstos acaban mostrando invariablemente un deseo permanente y búsqueda compulsiva del padre, y un amplio abanico de temores basados en las ansiedades de separación y las fantasías de abandono. Este sufrimiento acaba derivando en sintomatología asociada a trastornos del sueño, pesadillas recurrentes, un estado emocional básicamente irritable y dificultades en el control de los impulsos en el contexto del hogar familiar.

Llegados al momento de las conclusiones diagnósticas opto por comunicar, desde el punto de vista clínico, un diagnóstico de encopresis primaria para Javier. Añado una explicación narrativa de base psicodinámica en que señalo lo que en mi opinión son los orígenes causales: factores ambientales del grupo familiar claramente implicados en esta sintomatología.

Javier, a través del síntoma encopretico, ofrece dos comunicaciones muy significativas desde un punto de vista psicodinámico. Por una parte ofrece una comunicación sintomatológica entorno a las dificultades de controlar los impulsos (las suyas, y las de su grupo familiar de origen). Y por otra parte, y esto será especialmente importante en el tratamiento posterior, ésta es una comunicación sintomatológica donde la diferencia entre lo público y lo privado, entre lo social y lo íntimo, acaba teniendo un gran protagonismo, incluso exacerbado (como sucede en su grupo familiar de origen).

Decido diagnosticar también la sintomatología de Alba, como específica de un trastorno de ansiedad frente a la separación. Ésta comunica fantasías recurrentes y obsesivas de pérdida emocional o física de sus progenitores, que derivan en una ansiedad desorganizada y el desarrollo de sintomatología. Alba muestra síntomas en forma de diversos tics faciales, y toda una serie de conductas destinadas a prevenir o evitar posibles separaciones o peligros interpretados como potencialmente dañinos. Es decir, también ella hace una comunicación sintomatológica relacionada con la dificultad de controlar de los impulsos, y se añade esta otra comunicación sintomatológica tan clara: la dificultad de contener las ansiedades relacionadas con la separación y el temor al abandono (en clara relación con el juego relacional del grupo familiar de origen).

En ambos casos trato de dar una idea, lo más clara posible, que debemos trabajar con la hipótesis que la situación familiar, a las puertas de dos grandes cambios (el posible cambio de género y sexo del padre, y la más que probable separación de los progenitores), opera como la causa más probable de ser la generadora de sintomatología en los hijos.

Ésta es una aproximación psicodinámica y relacional, que en este caso nos permite dar el protagonismo real que tiene el ambiente familiar en este caso. Desde el punto de vista clínico, además, una causalidad relacional implicaría un mejor pronóstico que una patología principalmente causada por características del espacio intrapsíquico de cada hijo.

Nuestro reto en el tratamiento será, por tanto, centrarnos en la mejoría de la sintomatología identificada, pero encuadrando la intervención en el conjunto del grupo familiar. El objetivo central del tratamiento es el de ayudar a clarificar la situación del mundo adulto, acompañando al grupo familiar en las dos transiciones tan importantes que hemos identificado, facilitando así una mayor contención emocional para todos los miembros. Esperamos que, centrando los esfuerzos terapéuticos en la causas y no en las consecuencias, la sintomatología de los hijos mostrará mejoras progresivas asociadas a una clarificación de la estructura relacional, a una mejor diferenciación de las ansiedades del mundo adulto y de los contenidos mentales infantiles, y a una ampliada capacidad de contención emocional del grupo familiar.

Cuando encaro el momento de la indicación terapéutica, ciertamente tengo mis dudas cuanto al encuadre más adecuado. El padre ha comunicado claramente que no tiene interés en acudir a las visitas, pero por otra parte ha formado parte de todo el proceso diagnóstico. La demanda de la madre se mantiene especialmente marcada, y muestra un claro deseo de alianza terapéutica que he de poder gestionar para que no derive en una coalición inadecuada. Hasta el momento, acuden todos juntos a las visitas, pero se trata de una unidad familiar que avanza camino a la separación y el divorcio. Ambos hijos muestran sintomatología que justificaría espacios de tratamiento individuales y de hecho ésta es la demanda de los progenitores, pero en mi experiencia el verdadero motor de cambio en edades iniciales es la familia, y es en ella donde pretendo centrar mis esfuerzos como terapeuta. En estas circunstancias, decido indicar un espacio de tratamiento en grupo familiar, al que deberán acudir los cuatro miembros, y que establezco ya inicialmente como un encuadre revisable en función del uso real de las visitas, o de los cambios familiares que puedan condicionar este encuadre inicial.

Estas visitas las organizamos en frecuencia semanal. Aunque más adelante, de acuerdo a la mejora sintomatológica, acabarán siendo quincenales.

Al iniciar el tratamiento, a pesar de mi formación y experiencia, en la que he ido aprendiendo a gestionar mis deseos terapéuticos y flexibilizar mi memoria terapéutica, lo cierto es que no puedo evitar estar a la expectativa de alguna comunicación

relacionada con la identidad sexual en desarrollo de ambos hijos, en su identidad de género, o en comunicaciones acerca de la percepción de la figura del padre, de los significados del vínculo entre los progenitores, o acerca de las ausencias del padre y sus significados ocultos. No olvidemos que aquello que los niños no saben, aquello en lo que no reciben suficiente acompañamiento por parte del mundo adulto, lo rellenan con sus propias fantasías explicativas; es decir, fantasías infantiles como es el estado mental infantil: tendiente a la desorganización, confuso y básicamente autorreferencial.

La realidad clínica, una vez más, me enseñó cuán importante es ajustarse a las comunicaciones reales y no a las fantasías anticipatorias.

Desde la primera visita de tratamiento y a lo largo de la primera mitad de todo el tratamiento, la escenificación estable de las sesiones fue compulsiva y casi invariable: los hijos, acompañados en sesión por el padre y la madre, llegaban en silencio y con cierto grado de inhibición, se ubicaban en la parte más alejada de mí del despacho, y allí elegían sus juegos ubicándolos de cara a ellos para que yo no los viera. Con diversos objetos construían literalmente un muro en medio del despacho que separaba lo íntimo y privado (ellos dos, la madre, el padre, y el juego que construían), de lo social y público (yo como el terapeuta que mira y piensa, el otro, el aún extraño que sentían como un peligro de tonalidad persecutoria).

Este tipo de comunicaciones son siempre importantes. Pero diría que son centrales cuando adquieren el grado de compulsivas y cuando organizan lo cualitativo de la vinculación.

Desde el principio mis interpretaciones fueron en esta línea: en la distancia demasiado marcada entre lo público y lo privado, en la necesidad de Alba y Javier de protegerse de mi mirada, de generar una estructura que afiance la sensación de control y, en último término, la petición de tener más tiempo para exponerse y que se respete su organización defensiva hasta que estén preparados para ceder en ella y reorganizarse.

Esta diferenciación entre lo público y lo privado es evidente que siempre existe en algún formato, en algún grado. Pero había algo que estaban comunicando ambos hijos acerca de sus experiencias iniciales: a nivel familiar, ambos estaban acostumbrados a ver a su padre vestido de mujer en casa y a jugar con él arreglándole la ropa o el pelo, compartiendo este espacio de intimidad y digamos que autenticidad en la comunicación y el vínculo íntimo. El padre podía disfrutar de compartir su identidad femenina con sus hijos de forma tranquila y lúdica, y esto les ofrecía a ellos una oportunidad de vínculo espontáneo que éste no podía compartir en otros ambientes de su vida. La comunicación que parecían compartir todos los miembros del grupo familiar, es que el padre siempre se había mostrado así con ellos; es decir, que los hijos parecían estar más cómodos con la ambigüedad de género del padre, que no con la mirada del otro: la mirada social, la mirada pública. El lugar en que los hijos habían experimentado la ansiedad e inhibición del mundo adulto, el lugar que no verbalmente habían aprendido a temer y por tanto a defenderse de, ese lugar era el espacio público: el lugar donde se edifican las ansiedades sociales. Como aquí en sesión, donde las primeras comunicaciones claramente fueron de desconfianza y desesperanza, de evitación e inhibición.

Como terapeuta trato así, durante meses, de combinar dos esfuerzos decisivos para un espacio de tratamiento: por un lado, un esfuerzo interpretativo que arroje una luz racional de comprensión sobre la comunicación sintomatológica, un esfuerzo interpretativo de tono benevolente y bienintencionado; y por el otro, un respeto flexible a las organizaciones defensivas, ofreciendo tiempo y disponibilidad para que el proceso terapéutico permita la progresiva flexibilización de las organizaciones

defensivas, y su paulatina sustitución por otras organizaciones y estrategias más adaptativas que permitan desarrollos evolutivamente más valiosos.

De este modo, tanto Javier como Alba, me comunican su necesidad de sentirse protegidos y acompañados en algo nuevo para ellos: exponer su intimidad individual y la intimidad de su grupo familiar a la mirada de un tercero, de un otro.

Así pues, a lo largo de los primeros ocho meses de tratamiento, los hijos juegan entre ellos en silencio tras el muro defensivo. Junto a ellos, el padre y la madre inician las visitas dentro de esta zona reservada para la intimidad y alejada de mí, y a medida que avanzan las visitas se van situando a medio camino entre yo y los hijos. Dialogamos entre adultos acerca de la situación familiar y acerca de las comunicaciones verbales y no verbales que hacen los hijos fuera de las visitas.

En este tratamiento adquiere una importancia central la escucha benevolente y acrítica, algo decisivo para que los hijos vayan confiando más en mi función terapéutica, en mi deseo de ayudarlos y de comprender lo que les preocupa a ellos y a sus progenitores. Y así, de la mano de una confianza basada en las experiencias reales y sostenidas en el tiempo, la esperanza de esa familia crece. A través de la confianza que los progenitores depositan en mí, y a través de la escucha silenciosa de nuestros diálogos, Alba y Javier van modificando los significados emocionales que tejen la estructuración del vínculo terapéutico.

Los juegos dejan entonces de estar dirigidos fuera de mi mirada, y empiezan a ladearse de forma que puedo incorporarlos al dialogo que mantenemos los adultos. Poco a poco, el muro deja de ocupar toda la visita, se construye al cabo de un rato de haber iniciado las visitas, o en alguna visita puntual empieza a no construirse y por tanto a no ser necesario. Finalmente, acaba por dejar de formar parte de las visitas quedando atrás en la historia del tratamiento, como parte de la experiencia terapéutica compartida y como recurso defensivo que deja de ser necesario tras un tiempo de respetuosa espera terapéutica. Todos estos pasos no verbales los señalo en sesión, señalando sus progresos, reconociéndolos y ayudando a que todos como grupo puedan reconocerlos y compartirlos.

Para entonces los hijos empiezan a comunicar más contenidos a través de juegos simbólicos con la casa de juguete, las familias de muñecos, los personajes, etc. Siendo dos hijos básicamente capaces aunque reactivos al contexto relacional, a veces uno a veces el otro, ofrecen una representación y comunicación emocional clara y contextualizada en el contenido de las visitas. De este modo se establece un dialogo entre los contenidos que forman parte del mundo adulto (terapeuta y progenitores), y los contenidos infantiles (el juego simbólico de Alba y Javier). Así, no sólo los hijos, sino que también los progenitores, refuerzan su confianza en la utilidad del espacio terapéutico, y desarrollan una mayor comprensión acerca de los significados emocionales de las comunicaciones de unos y otros, consolidando un mayor interés por esta perspectiva digamos que psicodinámica o basada en los contenidos emocionales. Son visitas especialmente importantes para modificar la base de la comunicación entre los progenitores y los hijos: una y otra vez ofrecer las explicaciones oportunas y experimentar la disminución de la incertidumbre. Ésta estructura saludable en la comunicación pasa a ser una experiencia central en el tratamiento, y progresivamente se generaliza a los distintos escenarios de la convivencia diaria.

Ésta primera etapa del tratamiento es de especial relevancia clínica. A lo largo de este tiempo el proceso de separación de los progenitores avanza, de manera que después de muchos desencuentros y mucha inestabilidad en la convivencia familiar, finalmente la madre se decide a poner una fecha límite a la convivencia y empiezan las gestiones para el divorcio. Finalmente, se

disuelve la unidad familiar, y se reorganiza la convivencia de forma que el padre se va a vivir a un piso de su propiedad, donde puede tener un espacio para los hijos en un futuro, y éstos últimos viven con la madre en la casa en la que ya vivían. Significando este gran cambio en la estructura familiar, los tres juntos se deciden a redecorar y reorganizar el hogar familiar, dándole entidad concreta y tangible al cambio emocional y relacional.

Llegada esta etapa del tratamiento, y siguiendo las comunicaciones explícitas del padre y la madre, el encuadre ya no puede continuar manteniéndose tal como fue pactado. El padre decide entonces *de facto* no acudir a las visitas, abandonando así el tratamiento.

Tras una espera prudente, decido aceptar la petición de la madre de que tanto ella como los hijos tengan la posibilidad de continuar el tratamiento. Teniendo en cuenta el gran cambio en el que se encuentran y las mejoras logradas hasta ese momento, priorizo la opción de reorganizar el encuadre, actualizando también algunos de los objetivos terapéuticos.

Telefónicamente el padre expresa su conformidad con esta propuesta, aunque comunica con mucha claridad su decisión de no asistir a las visitas teniendo en cuenta las actuales circunstancias.

Pacto con ambos progenitores que, en adelante, el padre seguirá teniendo las puertas abiertas a reincorporarse a las visitas, siempre que la madre esté de acuerdo en ese momento. Así se lo comunicamos también a los hijos.

Esta separación de los progenitores inicialmente no disuelve enteramente la incertidumbre de los hijos de cuándo verán al padre, porque la realidad es que éste pasa algún tiempo prácticamente desaparecido. Pero la separación sí que organiza y da estabilidad a la convivencia. Los hijos saben que no lo verán en casa, no existe la incógnita diaria de si vendrá por la noche o no. Saben que lo ven cuando los progenitores hablan y se ponen de acuerdo, de manera que aunque este cambio implica una pérdida importante, organiza las ansiedades y las ubica en un escenario mucho más predecible. Una mayor certidumbre les permite contener mejor las ansiedades de separación y abandono; y así, tanto sintomatológica como psicodinámicamente, la mejora empieza a ser especialmente marcada.

Poco a poco las pesadillas y los problemas con el inicio del sueño van desapareciendo por sí solos. Las ansiedades de separación están más delimitadas en la interacción real, y dejan de estar dispersas a lo largo de las distintas áreas de la vida de ambos hijos. Y, tal y como pasa a menudo, cuando la complejidad del mundo adulto se clarifica, Javier y Alba encuentran más espacio mental disponible para hacer sus propias demandas: en ese momento ambos empiezan a comunicar, en casa y en sesión, una mayor dificultad para controlar sus propios impulsos.

Las visitas empiezan entonces a poblarse de contenidos más relacionados con la gestión de las normas y los límites. Alba tiende a ser muy invasiva y casi posesiva conmigo, y según comunica la madre esto sucede con igual intensidad en Javier fuera de las visitas. Esta conducta compulsiva de búsqueda intensa y sufrida de la figura masculina se establece cada vez que los tres coinciden con algún hombre adulto de confianza de la madre (un familiar, un amigo...), estableciéndose incluso una competición explícita entre ambos hermanos de cara a controlarlo y poseerlo relacionalmente.

En este caso, al igual que en otras ocasiones, el hecho de que yo sea terapeuta masculino tiene un valor especialmente significativo. Del mismo modo en que el tratamiento empezó con un rechazo más o menos evidente de mí como alguien ajeno

a la intimidad familiar, cuando llega la separación de los progenitores y la pérdida asociada, paso a ser una figura masculina en que proyectar diversos contenidos existentes. La mayoría de estos contenidos, lógicamente, asociados a la pérdida y el proceso de duelo: intentos de restauración, búsqueda compulsiva del objeto perdido, expresiones descontroladas o desorganizadas de las emociones relacionadas con la aceptación de la pérdida, intentos todavía incipientes de elaboración y mayor contención emocional...

En ese momento inicial aparece, por un lado, una tendencia no verbalizada a emparejarme simbólicamente con la madre. Nos plantean juegos en los que yo y ella tenemos que hacer equipo, nos dejan tiempo para hablar sin interrupciones, pero observándonos muy interesadamente, y ocasionalmente soltando alguna verbalización provocadora en esta dirección.

Este juego incipiente desaparece rápidamente en cuanto la madre, hacia el final del tratamiento, inicia una nueva relación de pareja. Entonces, digamos que saludablemente, las proyecciones se redirigen hacia este nuevo miembro del grupo familiar, y quedan diluidas en las visitas.

La otra tendencia que se aprecia claramente en el tratamiento durante esta etapa final, es que de forma estable ambos hijos pasan a estar la mayor parte de las visitas sentados en una mesita que tengo a mi lado en la consulta, dibujando libremente en folios que me regalan a mí o le regalan a la madre.

Tanto Javier como Alba, pero más especialmente ésta última, empiezan a buscar mi atención de forma tan intensa, que el contacto real acababa siendo invasivo y provocador.

Poco a poco tengo que empezar a marcar unos límites físicos digamos que apropiados, y voy verbalizando la necesidad de respetar mi material o mis cajones, y el resto de lugares del despacho donde ambos intuyen que pueden hallar algo mío o relacionado con mi intimidad. Finalmente, en la cúspide de esta búsqueda invasiva, acabo por tomar partido por una estrategia digamos normativa, inicialmente frustrante pero que nos ayuda a contener estas tendencias. Mi posición más normativa empieza siendo vivida como un rechazo parcial pero, gracias a la continuidad de la experiencia terapéutica, puede finalmente ser entendida por todos como una forma de ayuda que protege el vínculo real de las cosas que no nos salen bien, a unos y a otros. Una forma de cuidar y acompañar, es decir, las normas que pretenden ayudar.

Estas conductas, reacción inicial del proceso de duelo o al menos claramente relacionadas con la pérdida, acaban sustituyéndose por conductas de menor intensidad, más proporcionadas, más adaptativas y más exitosas a la hora de reasegurar el vínculo. En este caso, el vínculo terapéutico.

Durante esta segunda etapa del tratamiento, la madre hace de portavoz de algunas comunicaciones que realiza el padre, de manera que las sesiones adquieren una función no sólo de acompañamiento a la crianza, sino también de espacio seguro y contenedor en el que verbalizar los contenidos de mayor carga afectiva.

Mi función como terapeuta adquiere connotaciones de soporte para consolidar esta función, y ayudo a reasegurar la decisión de que el diálogo familiar exista con claridad: a través de la experiencia, se fortalece la capacidad de la madre de comunicar, y se fortalece la capacidad de los hijos de escuchar y aprovechar este esfuerzo materno. Uno de los pilares de este

tratamiento es, pues, consolidar la esperanza básica y la confianza básica. Confirmamos, todas las veces que se presenta la oportunidad, que ellos son capaces de sostener y afrontar aquello que anteriormente parecía insoportable; que son capaces de verbalizar todo aquello que hace tiempo quedaba apartado tras un muro de silencio o de opaca privacidad, como sucedía al principio de nuestras visitas.

En este clima de mejor convivencia familiar, a pesar de que en las visitas los dibujos siempre fueron realizados de forma libre, un día les propongo deliberadamente que dibujen al padre. Creo que esta petición se puede entender mejor si añado que, además de mi saludable curiosidad terapéutica, de forma estable tanto Alba como Javier omitían la figura del padre en todos sus dibujos, incluso los de familia.

Para mi sorpresa ambos dibujan, cada uno a su manera, a una guapa y sonriente figura femenina, su padre-mujer. Con su vestido de falda larga, su melena suelta, abiertamente sonriente, pintado cuidadosamente, con colores vivos y con los brazos extendidos en forma receptiva, rodeado de sol, flores, hierba, cielo azul, corazones estampados, etc.

Dibujos que se aproximan mucho más a matices de tranquilidad e incorporación de lo que clínicamente podría esperar.

Es evidente que, en este contexto, hay que valorar hasta qué punto la idealización de los hijos protege a esta figura paterna de sus propias carencias y sus propias fallas, como de hecho sucede en los dibujos que habitualmente vemos en estas edades. Pero, por otro lado, es sorprendente poder ver este significado compartido por los hijos y los progenitores: que este padre, a pesar de todas sus dudas y todos sus conflictos internos y sociales, consigue ser capaz de proteger algo de la intimidad del vínculo con sus hijos. Cabe decir que todo esto es posible sólo en el contexto protector que ofrece una madre presente y dedicada que asume los esfuerzos centrales y continuos en la crianza.

Poco a poco, a medida que nos acercamos a la finalización del tratamiento, la situación familiar se va estabilizando, y en este sentido reorganizando.

El padre real, por su parte, definitivamente ausente del tratamiento, se comunica con la madre de forma habitual y le explica sus oscilaciones entre la decisión de empezar el tratamiento de reasignación de género y el abandono de éste, el inicio de nuevos noviazgos con otras mujeres y el final de estas relaciones, etc. A pesar de estas turbulencias conductuales, la comunicación para con los hijos sigue siendo mucho más predecible.

Como menciono más arriba, a estos cambios se añade que la madre inicia una nueva relación de pareja, que da inicio a una fase más claramente esperanzada de Javier y Alba. Éstos, muy claramente, van consolidando las mejorías clínicas: menor sintomatología ansiosa, conductas más organizadas, mejor control de los impulsos, comunicaciones más próximas a ser facilitadoras, mejor capacidad de adaptación a los cambios, etc.

El tratamiento, llegada esta mejoría ya estabilizada, va poco a poco resultando de menor utilidad y finaliza diría que de forma más o menos natural; ese momento en que los tratamientos se llenan de agradecimientos, tenemos menos cosas de las que hablar, las visitas se espacian de forma pactada o simplemente sucede así porque la necesidad de ayuda disminuye, etc.

Como tantas y tantas veces ocurre en los tratamientos, Alba y Javier también hacen un pequeño repunte de los síntomas cuando hablo con ellos acerca de la finalización de las visitas, y hacemos un calendario visual para que en el espacio terapéutico la separación sea lo más clara y predecible posible. Esto me permite comunicar mi esperanza sosegada, basada en la experiencia que hemos compartido, que ellos como familia son capaces de continuar asumiendo los retos evolutivos de cada uno, sin la necesidad de una ayuda terapéutica; nos permite también sintetizar parte del trabajo terapéutico realizado y dar las orientaciones habituales en las finalizaciones.

Llegado este punto, nos despedimos. Con preguntas acerca de su desarrollo aun en juego. Con tantos retos que uno piensa que tendrán estos hijos en la edad adolescente desde el punto de vista de la construcción de la propia identidad y desde el punto de vista relacional y social. Con su objetivo vital de entender adecuadamente y sin demasiadas confusiones su historia familiar. Pero nos despedimos, por suerte, con sensaciones de éxito y de agradecimiento.

CONCLUSIONES

Tal y como sugería en la introducción del presente texto, para ejercer como terapeuta para esta familia, en un momento como el que yo intervine, fue fundamental no dejarme llevar por prejuicios teóricos, técnicos o ideológicos.

Cuando hablamos de la crianza en el contexto de la parentalidad transgénero es evidente que hay preguntas y retos que van a girar en torno al desarrollo de la identidad de género de los hijos y a su futura sexualidad adulta. Pero también es evidente que la mayor parte de la literatura psicoanalítica con la que contamos referente a la transgeneridad se centra en estos aspectos y lo hace desde una perspectiva individual, quedando relegados a la periferia otras vertientes centrales que deberían ser uno de los focos de atención en los espacios terapéuticos.

En mi experiencia como terapeuta de adultos, por poner un ejemplo, cuando acude un paciente a consulta, tenga la orientación sexual que tenga, no nos centramos en su identidad sexual si no es ésta uno de los motivos de consulta. Es decir, naturalmente focalizamos los tratamientos en aquello que hace sufrir a la persona.

En esta experiencia terapéutica que presento, por mucha importancia que yo diera a la condición transgénero del padre o al condicionante social que implicaba para la familia, los retos que han traído y comunicado los hijos en este espacio de tratamiento han sido otros. La identidad de género de su padre era un aspecto periférico en los contenidos mentales que expresaron los hijos en sesión, incluso diría que a menudo poco conflictuado; tanto es así, que podía ser libremente verbalizado en el tratamiento, sin que se pudiera identificar ninguna dinámica similar a un tabú familiar o terapéutico, ni sistemas defensivos demasiado marcados o demasiado arcaicos.

Aquellos elementos que sí tuvieron un lugar central en el espacio de tratamiento, y que constituyeron los focos reales del trabajo clínico, fueron el duelo por la pérdida, las ansiedades de separación, el deseo de encontrarse y reparar, la reorganización familiar, la necesidad de estar acompañados, el control de los impulsos, la función de generar esperanza, la experiencia de encontrar un otro confiable, la flexibilización de la escisión defensiva entre intimidad e identidad social, y la integración de la figura del terapeuta como una función terapéutica del self: reparadora, comprensiva, sincera, no persecutoria e incorporable como función interna del propio grupo a través de la experiencia terapéutica.

En este último elemento, señalaría que tanto para la madre como para los hijos fue especialmente significativa la experiencia continuada de clarificar el diálogo intergeneracional entre los contenidos mentales adultos y los contenidos mentales infantiles. Una y otra vez, en todas las ocasiones que hizo falta, repetimos la experiencia de dar validez a las comunicaciones consistentes o aisladas que hacían los hijos, entendiéndolas en las visitas como oportunidades valiosas para la comunicación y para el esclarecimiento de las circunstancias adultas con las que ellos convivían. De este modo se fue consolidando a lo largo del tratamiento no sólo la esperanza de los hijos en que sus comunicaciones iban a ser acogidas y acompañadas, sino también la convicción de la madre que este tipo de diálogo con sus hijos implicaba una enorme oportunidad para ellos, y una enorme herramienta para ella como madre.

Este es un reto que tenemos todos los padres y madres: acompañar a nuestros hijos, ayudándolos a gestionar su ansiedad, en todo aquello que podemos explicar en palabras ajustadas a su edad cronológica.

Y ésta es una de las funciones centrales que tenemos todos los progenitores en los momentos de mayor inestabilidad: reconocer la incertidumbre. Validarla como una de las condiciones inherentes a la vida, ofrecer la experiencia que podemos convivir con un cierto grado de impredecibilidad apoyándonos en la confianza básica en que tendremos las herramientas individuales y relacionales necesarias para afrontar aquello que tenga que venir. Esperanza no sólo basada en las cosas que salen bien o están bien establecidas. Esperanza real basada en la capacidad de gestionar las segundas oportunidades, de reparar lo que no salió bien, y de creer que seremos capaces de generar nuevas estrategias o nuevas herramientas.

Otra de las conclusiones a destacar es el hecho que la comprensión psicodinámica y grupal de la figura de este padre no puede simplificarse a su condición de transgénero. Sin entrar en nomenclaturas diagnósticas, sí que sería importante añadir que presentaba una labilidad emocional intensa, fragmentación e inestabilidad de la propia identidad, un amplio historial de conflictos relacionales en la familia de origen y el área laboral, ansiedades de separación más o menos evidentes que acababan siendo identificadas proyectivamente en los hijos, una más que probable base melancólica compensada con huidas hacia adelante de tonalidad eufórica, etc.

Es decir, comprender a esta familia implicó entender al padre no sólo desde el punto de vista de la transgeneridad, sino también ampliando la perspectiva al punto de vista de la sintomatología clínica añadida y, en este caso, psicopatología clínica asociada.

Siguiendo en este argumento, volvería a enfatizar que el impacto que tenía para estos hijos la condición de transgénero de su padre era mucho menor de lo que se podría esperar inicialmente. Convivían con naturalidad con estas tendencias de su padre, incluso en formato lúdico y colaborador. Integran esta parte de la identidad del progenitor en su representación interna de la figura paterna, pudiendo incluso idealizarla, e identificándose en distintas direcciones con los aspectos preservados y sanos del padre. A todas luces, tenían mucho más impacto en los hijos las dificultades mentales del padre, que repercutían de lleno en la inestabilidad relacional en distintas áreas de la personalidad de los hijos: intensificando las ansiedades de separación, erosionando la autoestima y dificultando la generación de una confianza básica en el vínculo, generando sistemas sobreadaptativos o dificultades de control de los impulsos, forzando a una sobredemanda sobre la figura materna, etc.

Creo que uno de los retos terapéuticos al encarar contextos familiares con este grado de complejidad sería el de poder distinguir claramente entre las connotaciones clínicas y la realidad subjetiva familiar, la realidad emocional del grupo. Nuestra

función como terapeutas no es inculcar ni contenidos emocionales ni contenidos teóricos en nuestros pacientes. De modo que, en este tipo de situaciones, pasa a ser aún más importante centrarse en los contenidos mentales reales y en aquello que realmente está asociado al sufrimiento, aquello que realmente condiciona y que en la experiencia continuada a lo largo del desarrollo puede dejar marca.

Desde el punto de vista de la experiencia terapéutica real con esta familia, diría que para estos hijos la condición de transgénero del padre se aproximaría a una de las características centrales de su historia familiar, es decir, algo que hay que ir entendiendo a lo largo del desarrollo. Necesitaran, como en todas las particularidades centrales de cada familia, más y mejores explicaciones a medida que avancen en la edad cronológica y las etapas del desarrollo. En otras edades probablemente tendrán más preguntas que hacer a su padre y a su madre, y éstas serán progresivamente más complejas. Y esto es algo que encontramos en las familias tradicionales, en las separaciones, en la muerte de uno de los miembros de una familia, en las familias homoparentales, en las monoparentales, en las reconstituidas... Es decir, hay características de nuestras familias de origen que forman parte de nuestra identidad, de nuestra historia intergeneracional, y que todos, tengamos la familia que tengamos, hemos tenido que ir aprendiendo a entender a lo largo de nuestra historia evolutiva. Hemos tenido que aprender a darle un significado progresivamente más adulto y más evolucionado para poder entendernos, y para poder identificarnos y diferenciarnos.

Deliberadamente no entro a valorar la posible interrelación entre la patología mental presente en el padre con su condición de transgénero. Asumo que esclarecer esta posible correlación o esta posible falacia de correlación, o falsa causalidad, excede a las posibilidades del presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Busch de Ahumada, L.C. (2003). Clinical notes on a case of transvestism in a child. *Int. J. Psycho-Anal.*, 84(2):291-313.
- Caspian, J. (2018). Brunskell-Evans, H. & Moore, M. (Eds). *Transgender Children and Young People: Born in Your Own Body*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2018. Pp. 224. Hbk. £61.99.. *J. Anal. Psychol.*, 63(4):536-538.
- Cavanagh, S.L. (2018). Transgender Embodiment: A Lacanian Approach. *Psychoanal. Rev.*, 105(3):303-327.
- Ceccarelli, P. (1997). Transsexualism, Sex and Gender. *Int. Forum Psychoanal.*, 6(2):141-145.
- Chiland, C. (2000). The Psychoanalyst and the Transsexual Patient. *Int. J. Psycho-Anal.*, 81(1):21-35.
- Ehrensaft, D. (2014). Found in Transition: Our Littlest Transgender People. *Contemp. Psychoanal.*, 50(4):571-592.
- Elliot, P. (2001). A Psychoanalytic Reading of Transsexual Embodiment. *Studies in Gender and Sexuality*, 2(4):295-325.
- Goldner, V. (2011). Transgender Subjectivities: Introduction to Papers by Goldner, Suchet, Saketopoulou, Hansbury, Salomon & Corbett, and Harris. *Psychoanal. Dial.*, 21(2):153-158.

- Gozlan, O. (2011). Transsexual surgery: A novel reminder and a navel remainder. *Int. Forum Psychoanal.*, 20(1):45-52.
- Gozlan, O. (2013). Transsexuality as a State of Mind. *DIVISION/Rev.*, 7:26-28.
- Gozlan, O. (2016). The Transsexual's Turn: Uncanniness at Wellesley College. *Studies in Gender and Sexuality*, 17(4):297-305.
- Green, R. (1979). American Journal of Psychiatry. CXXXV, 1978: Sexual Identity of 37 Children Raised by Homosexual or Transsexual Parents. Richard Green. Pp. 692-697.. *Psychoanal Q.*, 48:162.
- Hansbury, G. (2005). Mourning the Loss of the Idealized Self: A Transsexual Passage. *Psychoanal. Soc. Work*, 12(1):19-35.
- Harris, A.E. (2011). Gender as a Strange Attractor: Discussion of the Transgender Symposium. *Psychoanal. Dial.*, 21(2):230-238.
- Kafka, E. (1992). The Influence of Parents' Unconscious Fantasies on Children's Adaptation as Illustrated by Transsexuality. *J. Clin. Psychoanal.*, 1(4):547-559.
- King, A. (2012). The Dawn of A New Identity: Aspects of A Relational Approach to Psychotherapy with A Transsexual Client. *Brit. J. Psychother.*, 28(1):35-49.
- Lament, C. (2014). Transgender Children: Conundrums and Controversies—An Introduction to the Section. *Psychoanal. St. Child*, 68:13-27.
- Lemma, A. (2012). Research off the couch: Re-visiting the transsexual conundrum. *Psychoanal. Psychother.*, 26(4):263-281.
- Lemma, A. (2016). Present Without Past: The Disruption of Temporal Integration in a Case of Transsexuality. *Psychoanal. Inq.*, 36(5):360-370.
- Lurkhur, K.A. (2010). Medieval Silence and Modern Transsexuality. *Studies in Gender and Sexuality*, 11(4):220-238.
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F. y Zilkha, N. (2002). Los escenarios narcisistas de la parentalidad. *Clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao. Ed. Altxa.
- McCann, D (2018). Quan la parella no és suficient o quan la parella ens depassa: explorar el significat i la gestió de les relacions obertes. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 35 (1): 55-70.
- Meltzer, D. & Harris, M. (1989). El paper educatiu de la família. Un model psicoanalític del procés d'aprenentatge. Barcelona. Editorials Espaxs.
- Pula, J. (2015). Understanding Gender Through the Lens of Transgender Experience. *Psychoanal. Inq.*, 35(8):809-822.

- Quinodoz, D. (1998). A FE/Male Transsexual Patient in Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79:95-111.
- Rozmarin, E. (2013). Transgender Avant La Lettre? An Introduction. *Studies in Gender and Sexuality*, 14(3):224-225.
- Ryan, T.J. (2005). Clothes Maketh the Man: Transvestism, Masculinity and Homosexuality. *Brit. J. Psychother.*, 22(1):57-69.
- Saketopoulou, A. (2014). Mourning the Body as Bedrock: Developmental Considerations in Treating Transsexual Patients Analytically. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 62(5):773-806.
- Samons, S.L. (2001). Building Your Own Prison: The Use of External Structure to Reinforce Suppression of Transgender Feelings and Behaviors. *Gender and Psychoanalysis*, 6(2):143-157.
- Stein, R. (1995). Analysis of a Case of Transsexualism. *Psychoanal. Dial.*, 5(2):257-289.
- Tsoukala, K. (2018). 'Un-certainty': working therapeutically with a transgender young person and learning to bear the unknown. *J. Child Psychother.*, 44(1):90-107.
- Winograd, W. (2014). The Wish to Be a Boy: Gender Dysphoria and Identity Confusion in a Self-Identified Transgender Adolescent. *Psychoanal. Soc. Work*, 21(1-2):55-74.

PSICOSIS PUBERTARIA

PUBERTAL PSYCHOSIS

Tormo Martín, Cristina¹

Si una vida puede narrarse
en términos de identificaciones,
habrá que contarla tanto en términos de
a quiénes dejas como a quiénes encuentras.

HANIF KUREISHI

RESUMEN

Desde hace muchos años y desde diversos contextos las características del funcionamiento psicótico han sido objeto de reflexión. La posible existencia de configuraciones familiares peculiares, el peso de la realidad externa en la génesis y en el mantenimiento de las patologías graves, y la posibilidad terapéutica de mejorar su pronóstico han concentrado los mayores esfuerzos. Expondré a continuación algunos de los argumentos teóricos que apoyan la tesis de que la patología psicótica es una patología vincular en la que el psicótico se encuentra atrapado. La adolescencia como reactualización de la ubicación de sí mismo en el registro de las identificaciones supone un momento clave para la diferenciación de los aspectos incorporados. La capacidad e incapacidad para acceder a la posición de sujeto determinará su fijación en estados patológicos, y la psicoterapia puede entonces ser la única vía que encuentre el adolescente para salir de la confusión.

Palabras clave: Psicosis, identificaciones, pubertad, familia, patología vincular.

ABSTRACT

For many years and from various contexts the characteristics of psychotic functioning have been the object of reflection. The possible existence of peculiar family configurations, the weight of external reality in the genesis and in the maintenance of serious pathologies, and the therapeutic possibility of improving their prognosis have concentrated the greatest efforts. I will present below some of the theoretical arguments that support the thesis that psychotic pathology is a pathology linking in which the psychotic is trapped. Adolescence as a restatement of the location of itself in the registration of identifications is a key moment for the differentiation of the aspects incorporated. The ability and inability to access the position of the subject will determine their fixation in pathological states, and psychotherapy may then be the only way for the adolescent to escape confusion.

Key words: Psychosis, identifications, puberty, family, bond pathology.

¹ Psicóloga Clínica de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud.
e-mail: tormo.martin.cristina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los cambios corporales de la pubertad configuran una situación potencialmente traumática a comienzos de la adolescencia, con un fuerte compromiso narcisístico, pues involucran aspectos centrales del sujeto y su identidad. Estos aspectos advierten un largo e intenso trabajo psíquico no solo respecto de las características externas y capacidades funcionales del cuerpo y sus progresivas transformaciones, sino también de sus sensaciones y afectos concomitantes, de las representaciones, de la modificación del esquema corporal, de la genitalización, de la pujanza pulsional incrementada, la identidad y de las expectativas relacionales vinculares. Es tiempo del reordenamiento identificatorio, de la conciencia de sí, tiempo de la historización de sí, el momento donde el narcisismo se altera en el encuentro con un otro, un otro sexuado diferente. La desidentificación y diferenciación de las figuras parentales posibilita la emergencia de un pensamiento propio y permite así la apropiación del cuerpo sexuado y la utilización de ideas creativas, en un camino de ruptura y desalienación del poder del otro o de su goce, lo que entraña una transformación del superyó y la constitución del ideal del yo (Urribarri, 2016).

El aparato psíquico se ve confrontado con un difícil y prolongado trabajo para dar cuenta de eso nuevo que emerge desde aquello que fue y lo transforma en alguien diferente. “Ruptura y continuidad están ambas contenidas en el proceso de adolescencia” (Marty, 2002, p.12). El grado de desconcierto que genere esta irrupción y la cualidad de la respuesta del sujeto, dependerán de la singularidad de su historia; en particular, de la cualidad de sus adquisiciones tempranas, la solidez de sus basamentos narcisísticos, el desenlace edípico, cómo se desarrolló el trabajo de Latencia en cuanto a la ampliación de sus recursos yoicos, la primacía sublimatoria sobre las defensas y la funcionalidad operativa del preconsciente.

Cuando la psicosis se declara en la adolescencia, señala algo que preexistía en toda la vida anterior, y ocurre que, aquello que no ha sido simbolizado, reaparece en lo real, fuera de tiempo y fuera de discurso. Marty (2002) los síntomas de los adolescentes, y de los niños que han sido, se asientan en la problemática parental. Esta problemática hay que concebirla como la herencia edípica que transfieren los padres sin saberlo a sus hijos. Estos referentes edípicos dan al niño, después adolescente, sus coordenadas psíquicas sobre las cuales el niño va o no a poder edificar su propia historia. “En el campo de la psicosis, estos referentes están confundidos, inutilizables por el adolescente [...] No existe el espacio para la vida de los niños y de los adolescentes que es diferente de la de sus padres” (p 18).

Esta problemática no significa que los padres de la realidad sean directamente “responsables” de la psicosis de su hijo; como en las otras patologías psicógenas, no hay aquí una causalidad directa. Lo cierto es que los padres no son los culpables de esta situación, pero a su vez son víctimas. Ellos también son prisioneros del vínculo que los une. Estos vínculos particulares, este tipo de funcionamiento del paciente del que es copartícipe activo e integrante, son las verdaderas áreas traumáticas originarias que representan a aquella potencialidad psicótica que podrá permanecer latente toda la vida o, por el contrario, expresarse cuándo particulares situaciones ocasionales (por las necesidades fisiológicas del desarrollo, un abandono, una muerte, etc.) superen las capacidades del sujeto para contenerla.

El aspecto más importante a tener en cuenta es que la primera aparición de una psicosis es el resultado final de un largo proceso. Está precedido por una pre-historia familiar y por una historia de la niñez y, aun en el momento en que nos encontramos con un conjunto de síntomas que se manifiestan, su desarrollo todavía no ha terminado.

A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

A continuación, presentaré el caso de un púber de 14 años, al que llamaré J., que fue derivado para ingreso hospitalario por presentar alteraciones conductuales y conductas agresivas en el entorno familiar.

En los últimos dos años el chico se ha encontrado más nervioso, desconfiado de los compañeros de clase, habla solo comentando cosas en voz alta, y refiere pensamientos imperativos que le impiden hacer cosas, nombra a “los físicos y los antífisicos”, “los emuladores” y “el planeta Osborn”. Ha cambiado recientemente de colegio, acudiendo desde hace un mes a un centro de Educación Especial. La madre nos cuenta que J. mantiene rituales nocturnos que consisten en ir al baño a orinar varias veces por la noche, salir, dar golpecitos en la puerta, tocar el radiador, y que han llegado a durar una hora. Ella habla así de los cambios de conducta de su hijo: “*A raíz de la “Zyprexa” (cambio de medicación) y la adolescencia, ya no era J., empezó a coger desconfianza conmigo, me decía que le dejara, que ya era mayor, que ya no le hacían gracia los besos y abrazos que yo le daba*”, comenta que se ha vuelto más agresivo en el hogar y en la escuela. Las primeras entrevistas asustan a los profesionales. El chico evita el contacto ocular, examina el lugar con suspicacia prestando especial atención a los aparatos electrónicos, repite las preguntas que se le hacen (ecolalias demoradas) y tarda en contestar (latencia de respuesta), si es que lo hace. Se aprecian en la unidad conductas desinhibidas de tipo sexual hacia su madre (agarra su mano, la acaricia, la besa). Conforme J. se habitúa a la unidad, muestra un ánimo más expansivo, con intensos movimientos tendentes a la descarga (no puede quedarse quieto en la silla, toquiea cualquier objeto que alcanza en la mesa, corre, salta por el pasillo). Presenta un discurso tangencial, sin claro objetivo comunicativo, centrado en sus intereses y que es difícil de interrumpir. Muestra un uso repetitivo del lenguaje con tendencia a la interpretación literal y uso de neologismos. Duerme adecuadamente y come únicamente alimentos seleccionados (especialmente pan y natillas).

A la primera sesión, la madre llega asustada y culpabilizada, tiene un aspecto infantil y algo descuidado. Nos cuenta que J. no mantiene relación con su padre desde hace cuatro años; hay interpuesta una orden de alejamiento hacia ella por conductas agresivas y amenazas de él. Relata que J. fue engendrado de manera no planificada en el contexto de una relación de pareja que databa de dos años de duración. Declara que ella sabía que su pareja tenía una enfermedad mental, pero que él estaba estable y ella “enamorado” de él. Nunca convivieron, ella se mantuvo unida a su familia de origen en el embarazo, parto y puerperio, que se desarrollaron sin incidencias; “*yo sólo quería que estuviera mi madre*”. A los 9 meses del infante, falleció su padre por un infarto de miocardio. Nos cuenta que mantuvo lactancia materna hasta los 3 años; que J. lloraba mucho y ella utilizaba el pecho para calmarle. No lo llevó a la guardería por dificultades para separarse de él. Declara que a J. le costó empezar a hablar y que siempre fue torpe en sus movimientos. Sostiene que el padre de J. la culpaba a ella de que el niño no hablara y que empezó a salir y beber y a ofrecerle dinero a cambio de relaciones; dice “*estaba yo con J., y me sentía muy pequeñita y asustada*”. J. entró al colegio con 3 años “y con pañal”, allí recibió recomendaciones para el entrenamiento en el control de esfínteres, de las ella que decidió “pasar”. Cuenta que, a los dos meses de empezar, sacó al niño del patio y no volvieron, argumenta que allí lloraba mucho y los profesores no le atendían. El cambio de colegio fue un alivio para ambos, encontró una profesora que le indicó que su hijo podía padecer un Síndrome de Asperger y les derivó a recursos especializados. J. ha tenido problemas de relación con sus compañeros desde que inició la escolarización.

Nos relata una primera descompensación de J. a los 10-11 años. Dice que su hijo empezó con tos y asma, le detectaron alergia al polvo, al polen y al pelo de los animales, y “*a raíz del tratamiento con “Aerius” comenzó a decir –“no me toques, no me*

beses, no me fio de ti— “; cuando le subían el “Rispedal” eso mejoraba”. Las calificaciones empeoraron, empezó a mostrar conductas desinhibidas en el colegio, como bajarse los pantalones, orinar en cualquier lugar e intentar tocar los pechos a la maestra, con visitas muy frecuentes al baño, así como conductas disruptivas hacía sus compañeros y maestras, en las que J. manifestaba deseos de venganza por las órdenes recibidas y deseos de matarlos a todos. Expone la madre: *“En el colegio me culpaban de que no le daba la medicación, me decían que no estaba para un colegio especial y tenía que pasar al instituto... Eso me ha vuelto loca, el sentirme culpable, un bicho raro... que J. estaba así por mí”*.

Sobre el padre de J., la madre nos cuenta que, tras un ingreso psiquiátrico de él a los 7 años de edad de su hijo, decidió terminar la relación. Describe el proceso como un calvario, el padre mantenía régimen de visitas semanales, según custodia de menores, en las que él debía ir acompañado, y su madre no quería acompañarlo, su padre era un hombre muy violento que fue denunciado públicamente por malos tratos, y él quería llevarse solo al niño. Relata respecto al nombre de su hijo, que fue decisión del padre que se llamara igual que él, pero anteponer el apellido materno al paterno para diferenciarlo de su propio padre (y de él mismo). Dice ella que el padre de J. es machista, posesivo, bruto y muy autoritario, y detalla que obligaba a J. a hacer cosas sin sentido (*“no te vas hasta que cuentes 3 veces hasta 20”*, *“me da mucho miedo, pone unas caras...”*).

En la segunda entrevista con la madre, nos habla de ella y su familia. Se describe a sí misma como muy tímida e insegura, y relata que, con sus amigas como con sus exparejas, se ha sentido utilizada. Dice de su posterior pareja, M., con el que inició la relación a los 9 años de J., que duró 3 años y terminó hace 2, que era igual que el padre de J., *“me metía mano delante del niño, me pedía dinero, bebía... me sentía muy sola estando con él”*. Dice que es culpa suya porque aguanta demasiado y deja pasar, *“me cuestan mucho los cambios y las separaciones”*. Describe a su madre como *“la caña; siempre ha estado ahí”*, dice de ella que es una mujer muy decidida, que siempre ve la solución, y a su padre como *“buena gente, con mentalidad de las de antes, llegaba, comía y se ponía a ver la televisión”*. Es la mayor de dos hermanos; su madre se quedó embarazada a los tres meses de tenerla a ella, y a él lo describe como *“muy bueno y muy abierto; lo contrario a mí; yo digo que J. se parece a él”*. Expresa dudas en la relación con su madre y su hermano, dice que no les quiere contar sus problemas y que cuando le preguntan por J. dicen que ella les espanta, *“...estoy sola, pues sigo sola”*.

Preguntamos a su madre acerca de la idea que tiene J. de su padre, y comenta: *“Él dice que tiene dos padres, el biológico y M., que lo quería a rabiar. Decía que primero quería a M., luego a mí, luego a mi hermano y luego a mi madre. Yo le digo que es lo más grande, que siempre voy a estar ahí, que no le voy a dejar nunca”*. Confiesa que cuando su hijo se ha puesto agresivo golpeándolo todo, ella ha explotado diciéndole *“eres como tu padre”*, y se disculpa añadiendo *“yo no sabía lo que le pasaba y lo echaba todo fuera... Lo de fuera me ha hecho mucho daño, cuando no lo paso mal por una cosa es por otra, que si los juicios, que si la separación, que si el instituto, que si se pone malo J., y me veo sola...”*

Nos cuenta que J. sabe que su padre “está mal y que tiene Esquizofrenia”, y que ella ha tratado de explicarle que con la esquizofrenia “tienes alucinaciones, ves cosas que no existen y oyes voces”.

Al final de la entrevista nos comenta que la adaptación de J. al centro de Educación Especial ha sido buena, *“ha estado muy bien sin mí, así me busco yo un trabajo, ¿qué pinta conmigo en casa? ...ya como es tan mayor. Quiero que se vaya independizando de mí, tanta madre todo el día... He visto que aquí ha estado bien sin mí... estará cansado de mí”*.

Mientras tanto, y de manera paralela, mantenemos entrevistas con J.. Las primeras resultan difíciles y confusas, presenta inquietud psicomotriz, mirada periférica y dificultades para mantener una conversación de forma bidireccional, pero en las siguientes parece permitirse una actitud de mayor confianza, en las que relata así sus pensamientos:

“Vengo a hablarte de una preocupación, “lo físico y lo antifísico”. “Lo antifísico es el software y los emuladores. El software es una información almacenada en el disco duro de los ordenadores que indica al hardware lo que hacer. El software es como unos códigos, pero todo lo hace el hardware; lo físico es todo aquello que se puede tocar”. “Lo físico es impresionante y estelar, pero hay una gente de mierda que adora el software”. “A la gente le gusta el software a niveles irrealistas, de manera inimaginable, pero lo físico tiene muchas posibilidades, un ocho tumbado” “estamos en una era muy digital, lo físico está en peligro de extinción... ¿Y si vivimos una simulación digital de este mundo?”

Habla de los críticos que realizan reviews en YouTube sobre determinados productos, fundamentalmente videoconsolas. “¿Por qué tienen que decirle a la gente lo que tiene que hacer? Cada uno tiene sus necesidades, sus gustos y sus opiniones...no deberían meterse en la vida de los demás”. “Ya no puedo jugar a la Wii”. “Dicen no compres eso, no hagas lo otro, tengo que hacer lo que dicen y los demás también deberían” ... “Me gusta crear, las creaciones, hay que poner el autor en las creaciones”. “Todo es real, los normales, el software, la música, Mario Bross, todos son reales, todo está pasando” ... “a veces me impiden hablar, por eso no contesto”, “esa gente me impide hacer cosas”, “quiero un cerebro sano y sin complicaciones”. “Es como si les hubiera poseído el diablo, no entiendo cómo puede haber gente tan mala” ... “Con 11 años también veía reviews, pero no me afectaba, me daba más ganas de comprar, era la inocencia de los 11 años, era todavía un niño... Cuando ya cumples 13 ya empiezas a preocuparte de los críticos, de lo que opinan los demás” ... “Si no ves el vídeo, no te prohíben”. “Internet tiene mucha información muy ofensiva...Quitó el primer router y puse otro, entonces vi los videos y eso...siempre había algo que me ofendía, la más mínima tontería”. “Yo creo que las revistas y los libros van a ser ahora mi medio de comunicación preferido”.

Le pregunto a cerca de su interés por las personas y dice que no tiene amigos “no me hacen falta”; “como aquí todos son normales, no encuentro a nadie que tenga mis gustos, no saben de lo que yo sé, ellos hablan de temas de normales” . Al preguntarle sobre su forma de ser, contesta: “yo soy yo, J.J.J (su nombre y apellidos) o XX”, “hay gente que se llama J. y yo quiero tener un nombre propio que no tengan más personas, XX es un nombre que no tiene nadie en el mundo”. Dice de su idea inicial de irse al Planeta Osborn al cumplir los 18 años: “Es un planeta que está muy lejos... Como este no me gusta, pues me voy a otro”. Dice de sí mismo “sí, soy bastante listo” “saber es importante, pero también es importante tener, tener en tu poder posibilidades, saber cosas en tu cerebro y tener cosas en tu poder...y hay veces que los pensamientos interrumpen...Hay inteligencias que son malas, que te hacen pensar mucho; con internet con cualquier mensajito tonto ya te comes la cabeza. Y no es sólo el pensamiento, sino que luego ya no puedo jugar, es una orden, me prohíben jugar” ... “seguro que si no hubiéramos puesto internet esto no habría pasado y habría tenido una vida mejor”. “Internet es muy malo para la salud mental y la salud física”. Propone estrategias de supresión del pensamiento “me gustaría tener un casco que te diera una descarga eléctrica ante un pensamiento negativo” ... “algo que te haya ofendido no lo deberías conocer”.

Resta importancia a la pérdida de figuras paternas; desvía el tema hacia los pensamientos cuando se indaga a cerca de su conocimiento y emociones al respecto.

Interrumpo en esta fase el resumen de las sesiones, cuyo significado en ciertos aspectos parece claro.

Podríamos centrar nuestra atención sobre varios puntos; en primer lugar, el momento específico en que llega la descompensación: en este caso, la pubertad, en la que la irrupción del cuerpo sexuado y la formación de la identidad están en primer plano; es un adolescente púber, que visiblemente está luchando contra una excitación importante que no controla y le asusta.

También podríamos detenernos en la peligrosa y continua intrusión en el espacio mental del hijo por parte de sus padres. Su padre había designado su desarrollo ya antes de la imposición del nombre. El padre de J. había sufrido toda su vida la violencia de su padre, violencia vivida de una manera traumática por los hijos y su propia madre; al querer eliminar los posibles rastros de su propio padre (relegando a un segundo lugar el apellido paterno) también se elimina a sí mismo, y al querer dejarle en herencia su propia persona (su mismo nombre propio) le transmite inevitablemente lo que trata de desmentir; ambos se ven inmersos en una repetición de identificaciones sin salida. J., en su delirio, *“yo quiero tener un nombre propio que no tengan más personas, XX es un nombre que no tiene nadie en el mundo”*, vino a cuestionar este traumatismo enquistado; no reconociendo a su padre, tratando de diferenciarse de esa herencia que le ha sido impuesta. Al inicio de la hospitalización J. dice de manera insistente que al cumplir los 18 años se irá al planeta Osborn y explica *“Como este planeta no me gusta, cuando sea mayor de edad me iré a otro”*. Françoise Marty (2002) nos invita a reflexionar acerca de la creación de neologismos como una manera de inventarse una existencia, de referentes, una apariencia de orden, libre y separado de los otros.

Esta identificación alienante es confirmada también por su madre cuando le impone *“eres como tu padre”*, sin que el niño pueda hacerse una idea clara del significado que encierra esa declaración, ¿cómo?, ¿qué quiere decir el padre?; nada se le ha explicado de la locura del padre. En los términos utilizados por Manzano, Palacio-Espasa y Zilkha, (2002), podríamos decir que la madre proyecta en su hijo la locura y violencia del padre de este, al que trata de “loco, combativo, posesivo e interesado”. Añade que siempre se ha topado con esta clase de hombres. Tal vez por eso le cueste poner límites a su hijo, pese al miedo que tiene a que se convierta en un hombre violento con esquizofrenia. Ella se contraidentifica con la niña sumisa y dependiente de la que todos se aprovechan. Esto le permite satisfacer sus propios deseos masoquistas, aun negándolos. El adolescente, asediado por esta proyección reacciona identificándose con los aspectos grandiosos del objeto.

La vida familiar de J. está estructurada, al menos en la percepción que tiene él, según una línea de clivaje que divide a sus miembros en dos clanes: uno correspondiente a la línea paterna y el otro a la línea materna. Imposibilitado por este clivaje de pensarse hijo de su padre y de su madre, y prisionero de un sentimiento de proteger a su madre a la que registra como víctima, J. no tiene otra salida que la de darse como padre a sí mismo, de entrar en una fantasía de autoengendramiento y de vivir a la vez el acercamiento incestuoso con la madre (Marty, 2002).

El secreto que defiende la madre concierne a la locura del padre de J. y la beligerancia del padre de éste. Implícitamente, se comprende que a través de esta locura se formula la pregunta acerca del deseo que convirtió a ese padre en un potencial perseguidor; locura que aparece al mismo tiempo, como la única justificación de ese odio, pero que, como contrapartida, impide plantear en el origen un deseo materno que se pueda asumir, pues se trataría del deseo de un loco y de un deseo de la locura (Auglanier, 1977).

EL ESPACIO PSÍQUICO AL QUE LA PSICOSIS PUEDE ADVENIR

El problema del origen

Piera Aulagnier, influyente psicoanalista en el campo de la psicosis, destaca por la importancia otorgada a los momentos tempranos del desarrollo y a la psiquis materna, como «portavoz» que otorga sentido a lo que su hijo/a experimenta. Expondré a continuación algunos de sus conceptos.

«La *potencialidad psicótica*» implica una organización de la psique resultante de exigir al sujeto que organice el espacio, el tiempo, el linaje, sobre los agujeros del discurso de los otros. Esta puede no dar lugar a síntomas manifiestos, pero muestra la presencia de un pensamiento delirante primario enquistado y no reprimido. «El *pensamiento delirante primario*» es la creación por parte del Yo de este enunciado faltante en el discurso del Otro sobre el origen del sujeto y el origen de su historia, que trata de crear sentido allí donde el discurso del Otro no lo ha ofrecido. El momento en que el infans se convierte en niño y acceder al registro de la significación, es el momento en que puede constituirse el pensamiento delirante primario (Auglanier, 1977).

El enunciado acerca del origen es el que responde a las preguntas:

¿Cómo nacen los niños? - ¿Cómo nace el Yo? - ¿Cómo nace el placer? -¿Cómo nace el displacer? Cuatro formulaciones de un único interrogante que busca una respuesta que plantee una relación entre nacimiento-niño-placer-deseo, produciendo un enunciado que, de una forma u otra, remita a la siguiente concatenación: «En el origen de la vida se encuentra el deseo de la pareja parental a la que el nacimiento del niño causa placer». (Auglanier, 1977, p. 198).

Sobre este primer párrafo en la historia del sujeto, que no puede estar en blanco ni albergar contradicciones, es sobre el que se edificarán las posteriores identificaciones. Ante su pregunta acerca del origen, la primera respuesta que encuentra es, por lo general, una prohibición del acto de preguntar.

Para la madre el nacimiento no es origen del sujeto, sino repetición de una época y de una vivencia que ya se han producido. La madre no puede admitir que lo que ansía es a «una madre» a quien ofrecer placer.

Ocurre como si en estos casos pudiese existir en la madre un «deseo de maternidad», cuya realización permitiría revivir en posición inversa la relación vivida con su propia madre [...] lo que intenta reencontrar es el placer que, supuestamente, su propio nacimiento otorgó a su propia madre, y sólo a ella, en tanto que no ha podido transmitirse en forma adecuada el «deseo de hijo». (Auglanier, 1977, p.209).

No existe el anhelo de crear un ser genuino, distinto de lo ya repetido, siendo anulados todos los elementos particulares de ese niño. La falta de un «deseo de hijo», que habría sido percibido de su propia madre, no ha podido ser reprimido imposibilitando por tanto el acceso a la función materna, y será trasladado, a su vez, al infans. La participación del padre en la procreación es reconocida; lo que se desmiente es que haya podido ser impulsada por un deseo compartido. La madre expondrá una racionalización que excluye al deseo como causa de la presencia de los hijos (se es madre en nombre del deber, la abnegación, la religión, o porque los hombres aplican esta prueba por accidente).

Las dinámicas intrafamiliares

Jean Claude Racamier ha esclarecido de manera singular e innovadora una constelación característica del funcionamiento psicótico que él designa como «*antiedipo*». El antiedipo es una constelación que se halla en la convergencia entre lo objetal y lo narcisista, entre lo individual y lo familiar. Tiende a contraponerse y a equilibrar los impulsos y las angustias Edipo, pero, ante todo, lo precede, es, por tanto, ante-edípica y anti-edípica. Se caracteriza por una relación de seducción narcisista cuyo objeto es el de conservar en la esfera narcisista una relación susceptible de acabar en una relación de objeto. Como afirma Racamier (citado en Nicolo, 2015):

En esta fase impropriamente llamada simbiótica, entre madre y niño, se establece una fascinación recíproca. Esta fascinación narcisista primaria tiende a preservar un mundo de las excitaciones internas y externas constante, estacionario e indefinido. Este orden narcisista constante es turbado por [...] el impacto del mundo externo, por las fuerzas de crecimiento del niño y, sobre todo por las pulsiones y por los deseos [...]. (Racamier,1989)

El objetivo de tal constelación, en su lenta y pretérita construcción, fundada desde los orígenes de la familia, es la prevención precoz contra el duelo y las angustias de separación, de custodiar la omnipotencia fusional con la madre y de funcionar como escolta contra las excitaciones, los estímulos externos, los impulsos de crecimiento y los conflictos éticos particular. Esta deberá eludir los deseos edípicos, la inscripción fantasmática de la escena primitiva, el emerger de la angustia de castración y las angustias activadas por las diferencias entre los sexos, entre las generaciones, entre los seres humanos. De esta manera, mientras que la escena fantasmática de Edipo se cimenta en la diferencia generacional (la fantasía de ponerse en el lugar de los padres y matarlos, por ejemplo), la escena fantaseada del antiedipo hace inservibles a los padres y se transforma en una fantasía de auto-generación. La erotización y las situaciones incestuosas (a veces no sólo nivel fantasmático) sirven para conservar tal situación y a trasladar al paciente dentro de la trama familiar (Nicolo, 2015).

Nicolo (2015) refiere que entre los padres existe una dinámica sadomasoquista, en la que cada uno es el persecutor-víctima o el controlado-controlador del otro, y el odio que se mantienen consolida el vínculo incestuoso con el hijo en la tentativa de vengarse sobre el otro miembro y transformarlo periférico. Entiende, sin embargo, que el verdadero problema está en el origen del matrimonio, en la incapacidad de cada uno de diferenciarse de la familia origen y constituirse como individuos autónomos. Duelos o traumas no elaborados funcionan como puente con la generación anterior; cada uno ha quedado apresado en su propia familia origen y el rencor originario por el pasado se confunde con el rencor por el presente. El vínculo no es entonces entre la pareja, existe más bien una complicidad incestuosa del padre con el hijo, excluyendo y dejando en condición periférica y debilitado al otro padre.

No es de extrañar, que cada vínculo objetal sea potencialmente atacable, porque en una relación triádica el tercero es vivido como excluido de la coalición entre los otros dos. Todo vínculo externo a la familia es vivido como peligroso porque implica una relación de dependencia y la dependencia ha sido significada por cualidades menospreciadas, como la de someterse afectivamente, la de reconocer un sí mismo necesitado y, por lo tanto, rebajado y despreciado por el otro. Lo que vemos a menudo es el mantenimiento de los vínculos de sumisión de cada uno de los miembros de la pareja de padres con su familia de origen, gestionándolo también en contrataque hacia el otro miembro de la pareja. Nicolo (2015) apunta que es frecuente observar algo análogo en el vínculo terapéutico, en el que la consigna de estas familias de pacientes es «curarse por sí mismos».

La apropiación de la actividad de pensar

Otros dos conceptos de notable importancia en la obra de Piera Auglanier son los de violencia primaria y secundaria. El fenómeno de la violencia, tal como lo expone la autora, remite, en primer lugar, a la diferencia que separa a un espacio psíquico, el de la madre, en que la acción de la represión ya se ha producido, de la organización psíquica del propio infans.

Por «*violencia primaria*» se entiende “...lo que en un campo psíquico se impone desde el exterior a expensas de una primera violación de un espacio y de una actividad que obedece a leyes heterogéneas al yo...” (Auglanier, 1977, p. 34). Se trata de una acción necesaria que contribuirá a la futura constitución del yo, a través de la cual se le impone a la psique foránea un pensamiento, acción o elección producidos por el deseo de quien lo impone, pero que da respuesta a una necesidad a quien le es impuesto (la autora plantea que el pecho es dado antes que la boca sepa que lo espera). De esta forma, se consigue conjugar deseo de uno y necesidad del otro, dando lugar a la demanda. El deseo de quien practica la violencia pasará, a partir de allí, a ser demandado por quien la padece. Por otro lado, «*violencia secundaria*» hace referencia a “un exceso por lo general perjudicial y nunca necesario para el funcionamiento del yo” (Auglanier, 1977, p.34) y que se apoya en su precedente, la violencia primaria. Se trata de la acción del deseo que desfigura al yo incipiente, frágil o no consolidado. En este caso se trata de una violencia ejercida contra el yo, ya sea por un conflicto con otro «yo» o con un discurso social que intenta resistirse a cualquier cambio que pudiera producirse en los modelos por él previamente fundados.

El exceso de violencia que ejerce el deseo materno se despliega a través de su apropiación de la actividad de pensar del niño. En el acceso del niño al lenguaje, la madre está dispuesta a ofrecerle y a imponerle un «saber» acerca de éste, pero a condición de poder imponerle al mismo tiempo que sólo aprehenda lo que su lenguaje pretende significar. Le demanda que piense lo que ella piensa, evidenciando así que en su propio discurso no hay ninguna falta. La madre a su vez, privilegia las funciones corporales parciales, fragmentándolas. Se produce entonces una erotización de la actividad (comer) y no de la meta que se propone (crecer). La madre escudriña con ansiedad las manifestaciones del cuerpo, con el temor de que surja allí un indicio del no valor de lo que ella pretender saber, aquello que escape a lo ya sabido y a lo ya vivido. Cada fragmento puede ser fuente de placer siempre y cuando él consienta no preguntarse para qué sirve la acción. La madre sólo puede mantener su control sobre la actividad pensante del niño si restringe esta actividad, al igual que sus precedentes, al equivalente de una función sin proyecto. Es en ese modo de relación donde va a nacer la actividad de pensar.

La prohibición de pensar, se declarará abiertamente, aunque ella lo ignore, en la prohibición que afecta a toda pregunta del niño acerca del origen de su vida, el motivo de determinadas experiencias que ha vivido y en el «secreto» a menudo presente en sus historias. Secreto celoso y vergonzosamente negado al niño, que se refiere por lo general a un suicidio, a una mentira sobre el padre real, a una enfermedad vergonzosa casi siempre mental, un aborto, etc. (Auglanier, 1977, p. 219). Ese secreto tiene que ver con la razón que la madre se da acerca de los obstáculos encontrados en la relación madre- hijo, o los problemas con que tropezaría si conociese ese secreto. Y al racionalizar los motivos por los que esta causa no puede ser transmitida al niño, ella podrá rehuir toda cuestión del niño acerca del origen y defender su necesidad de callarse o mentir. Lo que ocurre en estos casos es que el sujeto que quiere mantener en secreto una idea, un recuerdo, una fantasía, dejará de lado progresivamente, todas las asociaciones que puedan referirse a ello; de exclusión en exclusión, se ve obligado a callar la totalidad de lo decible, a reducirlo a relato vacío (Auglanier, 1977).

Nicolo (2015) explica que lo que es patológico y patógeno es el funcionamiento del secuestro, más que el objeto de secreto, pues perpetúa la repetición traumática de las consecuencias del primer evento y detiene el tiempo. La continua convivencia de un doble registro dentro de la familia (el secreto) y dentro del sujeto (la realidad secuestrada) crea la instalación de un estado de escisión que apenas puede ser superado porque una integración supondría la aptitud del sujeto de integrar un aspecto alienante y secuestrado que él nunca ha conocido.

La incapacidad de funcionar como «contenedor del sufrimiento» y como «espacio para pensar» es el mayor problema de estas familias, que fracasan en las tareas de organización educativa y fantasmática. Suelen amplificar y precipitar las emociones, cuando no se defienden de ellas con la negación, la escisión, o la «traslocación» en el otro. Esta dificultad también está determinada por la fragilidad de las fronteras personales de cada uno y por la ausencia de espacio intermedio que marca una distancia suficiente entre un miembro y otro de la familia (Nicolo, 2015). André Ruffiot (citado en Nicolo 2015) observa que en estas familias la comunicación funciona en el registro de una modalidad de pensamiento de tipo operatorio, presentan un lógica cabal y rigurosa que explica todo o casi todo a través de la realidad. El argumento que la madre de J. encuentra para explicar las descompensaciones de su hijo tras el cambio de medicación, podría ejemplificar este funcionamiento, en que el elemento desencadenante le da la coartada para inhibir toda curiosidad o la angustia por conocer el evento en todos sus matices. Es una forma de pensar defensiva.

Las identificaciones patógenas

En estas familias no sólo hay una carencia de compartir empáticamente, sino también una violenta intrusión en la identidad, retomando el concepto de violencia secundaria expuesto con anterioridad. Como afirman algunos psicoanalistas, el problema central de la psicosis es la construcción de la identidad, es decir, la relación del paciente con sus identificaciones, que en estas familias son patológicas e invasivas («Identificaciones alienantes» de Raymond Cahn y «objeto enloquecedor» de García Badaracco). Presentaré a continuación parte de la teorización de García Badaracco (1985).

En la condición de desvalimiento con que nacemos, el bebé necesita asistencia. Tiende a “simbiotizarse” con otro para poder servirse sus recursos yoicos como si fueran propios y necesita que el otro adivine y reconozca sus necesidades de sujeto (capacidad de «reverie» de Bion, «ambiente facilitador» y «madre suficientemente buena» de Winnicott, «violencia primaria» de Piera Auglanier) para poder asistirlo de manera oportuna, previniendo en lo posible las experiencias traumáticas. El objeto bueno será aquel que proporcione, por su función estructurante, las condiciones para que una experiencia frustrante sea tolerable y una experiencia satisfacción pueda tener su límite. El objeto malo será aquel que, por su condición carencial propia, no puede aportar esos elementos esenciales y se comporta como un amplificador de frustraciones, envidias y odios primitivos. Esto se relaciona con las características del objeto enloquecedor.

Cuando las identificaciones se hacen dentro de un vínculo simbiótico sano, en la dependencia, el hijo puede «utilizar» (a través de mecanismos de asimilación y acomodación) a las figuras parentales como partes de sí mismo, desplegando—por identificaciones estructurantes con recursos yoicos de los padres—recursos yoicos propios. El niño en desarrollo puede jugar sus identificaciones en procesos de ensayo y error que modelan un aprendizaje. De la dependencia se va pasando así a una interdependencia recíproca sana donde aparece cada vez más la dimensión intersubjetiva que posibilita a la vez, la diferenciación yo- no yo, es decir, la diferenciación entre yo y el otro.

Cuando la necesidad de un reclamo infantil sana fue frustrada por las carencias de los objetos parenterales estos pueden convertirse en objetos enloquecedores.

Un «objeto enloquecedor» es un objeto que induce inconscientemente al sujeto a actuar sádicamente con maldad y lo hace sentir malvado y culpable, porque la inadecuación del objeto incrementa la envidia y el sadismo del sujeto. Generalmente el objeto se comporta muy sádicamente sobre el sujeto por no darse cuenta del estado de desamparo del mismo. El deseo, como búsqueda subyacente de la experiencia de satisfacción, se doblaga a la necesidad del otro. Se dispone así la experiencia traumática repetitiva que se constituye en fijación al trauma. La situación aterradora y paralizante de *depende de y necesitar a* un objeto que es enloquecedor conduce como única salida (de ahí su especificidad) a una «*identificación patógena*» con el mismo. Se configura sí, dentro del aparato psíquico, una organización polarizada de una pareja simbiótico-patológica donde hay un dueño y un esclavo y en donde por momentos el esclavo trata de esclavizar al dueño y donde ambos roles son intercambiables [...] Ambos son recíprocamente imprescindibles, no pudiendo ninguno de los dos tener una verdadera individuación o autonomía propias. «*La locura es siempre, en última instancia, una "folie à deux"*» (Badaracco, 1985, p. 503).

Las «*identificaciones patológicas*» son estructuras vinculares primitivas; vínculos perversos y asfixiantes de la espontaneidad que generan sometimiento y paralización a través de diferentes mecanismos de introyección o identificación introyectiva que parecen haberse producido por invasión o por intrusión total en un yo frágil e inmaduro que, no pudiendo defenderse, se ve obligado a mimetizarse («*identificación con el agresor*» de Anna Freud) o, mejor dicho, transformarse en el otro, ser el otro, extraviando totalmente lo que pueden ser trazas propias verdaderas. La coacción compulsiva de estas identificaciones hace que el paciente se perciba consecuentemente malo, malvado y devaluado, porque ahora él es el objeto enloquecedor. Esto acarrea nuevas heridas narcisistas tanto desde afuera (por la repetición de viejos traumas y por la producción de nuevas situaciones traumáticas) como desde dentro (por la herida narcisista del yo frente a ese objeto primitivo cruel que obliga -dentro del vínculo patológico- a tener que comportarse compulsivamente de manera sádica) (Badaracco, 1985).

En una determinada constelación familiar, el futuro paciente hace una identificación patógena con un aspecto patológico de la personalidad de uno de los progenitores y, sobre esta identificación, comienza estructurar un falso Self. A partir de ahí, el paciente no podrá seguir desarrollando su propio Self. A favor del desarrollo, esas identificaciones patológicas van quedando disociadas y se organizan como partes escindidas de la mente, como objetos internos “enloquecedores” que pasan a formar parte de un inconsciente escindido y que deben ser mantenidos bajo control por fuertes mecanismos de defensa. A veces serán varias identificaciones patógenas, de tal manera que una identificación predominante mantiene escindida y secreta otra. “El brote psicótico se producirá cuando el sujeto se vea enfrentado con la magnitud de sus carencias. Se verá entonces amenazado por la angustia de muerte o de desintegración y tendrá que recurrir urgentemente a esas identificaciones patógenas y a construcciones delirantes, para conseguir una pseudoidentidad que, de todos modos, no puede garantizar una supervivencia psíquica” (Badaracco, 1985, p.509). Puesto que esta pseudoidentidad está erigida sobre identificaciones que son solo representaciones mentales (no están amparadas en desarrollos de recursos yoicos propios), advierten que esta identidad está permanentemente amenazada por la realidad. Y, según explica Badaracco (1985), es por esto que tienden a mantener una distancia controlada de dicha realidad a la par que tratan de mantener al objeto a cualquier precio, ya que para ellos el contacto con el objeto garantiza la preservación del sí mismo. Entonces se configura una dependencia extrema, de manera que buena parte de la sintomatología psicótica puede entenderse en términos de esa lucha por mantener contacto con el objeto.

En cuanto a los «*motivos de la formación delirante*», podemos decir que lo que parece tener una fuerza dinámica particular en las psicosis, es la existencia de reproches vengativos y necesidades y reclamos compulsivos dirigidos a los objetos parentales primitivos y preedípicos que, al mismo tiempo que buscan la reparación de la «situación traumática» original, tienden a repetirla reproduciéndola o reconstruyéndola dentro de un círculo vicioso autodestructivo (Badaracco, 1985, p.499).

En la *elaboración psicótica*, pareciera que el yo psicótico, utilizando entre otros los mecanismos de compensación y desplazamiento, procura construir un mundo para poder «sobrevivir». Esta forma de omnipotencia, defensiva y compensatoria, va a ser ejercida generalmente desde esas identificaciones patógenas, lo que le permite crearse la ilusión psicótica de tener acceso a lo imposible, ser invulnerable, porque le dan al yo, ilusoriamente, la omnipotencia de aquel objeto.

El acting-out de estos núcleos psicóticos canaliza- entre otros contenidos- los afectos, las necesidades y los conflictos primitivos que el sí mismo no pudo integrar, compartir ni elaborar con nadie [...] Clínicamente, la desorganización psicótica puede presentarse como un intento de ruptura o salida de una estructura mental rígida (que, siguiendo la escuela kleiniana, utiliza defensas maníacas) a la que podemos considerar como una organización prepsicótica, armada como tal para mantener fuertes escisiones [...] En este caso, la desorganización puede considerarse un momento útil para una reorganización más sana (Badaracco, 1985, p.501).

EL PROCESO ADOLESCENTE Y SU FRACASO

A diferencia de quienes plantean la adolescencia como etapa o crisis, la expongo aquí como un proceso psíquico que incluye un tiempo de ruptura con la infancia y también un tiempo de reacomodo. Este desajuste plantea una serie de conflictos que desafían al joven sujeto a realizar un arduo trabajo psíquico; se desarrollan así procesamientos en distintos campos y momentos que no solo comprenden los cambios corporales, sino también reestructuran las instancias psíquicas, su interjuego, la elección de objetos y su mundo relacional-social. Este proceso, por momentos más agitado y en otros más calmo, lleva algunos años, a partir de los cuales la organización psíquica derivada influye largamente en la vida.

Siguiendo a Urribarri (2016) expondré los procesos metapsicológicos propios de la adolescencia, a partir de tres ejes organizadores de corrientes de trabajo psíquico:

1. Sobre el impacto de los cambios corporales sobre el psiquismo:

Urribarri (2016) relata como los sentimientos de sorpresa, pasividad e impotencia frente a la revolución puberal, el hecho de ser forzado a habitar un cuerpo, que de consabido y dominable se torna extraño, indetenible e incontrolable en el cambio, remiten al joven defenderse mediante la regresión a la dependencia infantil respecto de sus padres, lo que le provoca ambivalentes actitudes, de sumisión o conductas defensivas y reactivas de rechazo. No solo las formas que adquiere su cuerpo lo desconciertan, también los procesos y productos corporales que no controla. Estas vivencias se hacen bastantes evidentes frente a la menstruación en la mujer y frente a las poluciones nocturnas (frecuentemente confundidas al principio con la pérdida del control vesical), a las eyaculaciones imprevistas y a las erecciones no provocadas, en el hombre, que ocurren incluso frente a situaciones angustiosas o aparentemente no vinculadas con la sexualidad.

El creciente cambio corporal a través de los caracteres primarios y secundarios, así como el modo en que el joven es visto por los otros, le marca cada vez más claramente la pertenencia a un sexo y la diferencia del otro. En el plano psicológico, esto favorece el abandono de las aún latentes fantasías de bisexualidad, que no solo conllevan la posibilidad de albergar ambos sexos en el cuerpo propio, sino también un coto a la omnipotencia de tenerlo todo, un colapso del yo ideal.

El erotismo genital adolescente adquiere una sensibilidad y características notoriamente diferentes del erotismo del período fálico. Si la sexualidad infantil es esencialmente auto-erótica, de esencia narcisista también, la entrada en la genitalidad introduce la novedad del encuentro con otro, un otro sexuado extraño a sí mismo, lo que implica el acercamiento a la complementariedad de sexos.

La conciencia de sus progresivas potencialidades físicas tanto del vigor muscular como de la posibilidad genital, o sea, de poder dañar físicamente a otro y de realizar el coito, lo coloca en una vivencia de peligro en cuanto a su posible desborde en los actos.

Crimen e incesto son entonces posibles, debido a la aún insuficiente psiquización de lo corporal; por lo tanto, como primera defensa, tienden a poner distancia física de los objetos primarios el mayor tiempo posible, así como también tienden al enfrentamiento al hacer primar los afectos odiosos que frenan la tendencia al intercambio libidinal (Urribarri, 2016, p.62)

2. Sobre familia, historia e identificaciones:

Paralelamente a los cambios corporales, con la creciente genitalización, el cotejo de los parecidos físicos y el determinismo genético, surgen en los jóvenes cuestionamientos sobre su vida y la de su familia.

Sigmund Freud (1908) señaló que la novela familiar cambia con la pubertad, se genitaliza. Esto forma parte de la actividad en la que el psiquismo, en su eterna búsqueda de sentidos y fundamentos causales, orienta el afán epistemofílico del cómo se gestan los niños a cómo fue gestado él, y los acontecimientos personales y familiares. El proceso de revisión crítica y reorganización personal de la historia, ardua y prolongada tarea a la que se aboca el yo, significa el pasaje de ser un actor pasivo de las historias recibidas de sus padres, a ser historiador y actor de su propia vida, artífice de una crónica que por après-coup reseña su pasado, pero que continuará escribiendo mientras la produce; es desde el presente que crea su pasado (Urribarri, 2016).

Piera Aulagnier (1991), en su interés en el verdadero proyecto identificatorio, separa el recorrido que sigue el adolescente en dos etapas: en la primera reorganiza el espacio identificatorio, definiendo posiciones seguras y estables de lo que uno deviene y de que continuará deviniendo, que garantizan la *permanencia identificatoria* y desde las que podrá moverse sin riesgo de perderse; en la segunda, posibilitada por el logro de la primera, reorganiza el espacio relacional, pondrá en escena la elección de los objetos que podrán ser soportes del deseo y promesa de goce, serán sus *posibles relacionales*. Señala la autora que ambos logros son consecuencia de la constitución de lo reprimido, es decir, deberá

confeccionar, a partir de representaciones a las que pueda renunciar, otras representaciones a las que el afecto pueda ligarse. El fracaso en la represión, tanto por exceso como por defecto, implicará una merma drástica de los posibles relacionales, de manera el futuro sólo será investido como expectativa del retorno sin cambios de lo anterior.

3. Sobre autoridad, autonomía y subjetivación:

Dado que la maduración puberal posibilita el crimen y el incesto, es evidente que el resurgimiento edípico de la adolescencia deba abandonar a los padres como objeto sexual más categóricamente que en la infancia, y por lo tanto se realice la decatectización de las imago parentales. El adolescente se siente incómodo en su familia y se abre el camino al mundo exogámico, al encuentro del objeto, al despliegue y fortalecimiento yoico, a una mayor independencia, progresiva conciencia de sí como diferente de otros y creciente responsabilidad por sus actos. La importancia de los padres como referentes (normativos, identificatorios, ideales, etc.) se traslada al grupo de iguales, que pasa a ser el referente principal, el lugar de intercambios y procesamientos.

Se producen también remodelamientos en las estructuras psíquicas. El superyó de la Latencia, que se erige implacable contra el pasaje directo de lo pulsional (porque la sexualidad infantil tiene el sello de lo edípico), lucha contra la masturbación y la búsqueda de nuevos destinos pulsionales. Pero durante la pubertad se convertirá en más selectivo, por una parte, refuerza la prohibición del incesto, y por otra, posibilita la descarga con un objeto exogámico. Urribarri (2016) afirma, que, si el superyó no se modifica, no podrá desplegarse el segundo tiempo de la sexualidad, ni el desasimiento de la autoridad parental.

El ideal del yo, que tiene sus raíces en el narcisismo primario y se asienta precozmente en el desplazamiento hacia los padres, a quienes otorga perfección, omnipotencia y omnisciencia; conserva la ilusión de –por vía identificatoria – conseguir ser algún día como ellos. En la adolescencia, con la creciente desidealización de los padres, los adultos y de su mundo, la ilusión se derrumba. Se promueve una remodelación de los ideales y, vía reprocesamiento edípico, principio de realidad y aceptación de la falta, se modela el ideal del yo, que incluye nuevos ideales, valores y modelos. Es una instancia, entonces, que no impone la perfección, sino que aspira a la mejora.

Entre las últimas modificaciones estructurales de la adolescencia que propone Urribarri (2016), el carácter es otra formación que se diferencia en el yo. En la adolescencia se va perfilando, definiendo y consolidando un modo de ser y actuar frente a las peticiones tanto internas como externas, que se remodela a partir del reinado genital, la concreción del coito, los surcos de los nuevos objetos con que se relaciona y los procesos de reestructuración identificatorios.

Estos procesos mencionados de remodelación y cambio (básicamente en el superyó, ideal del yo y carácter), son los que posibilitan el desasimiento de la autoridad parental», su creciente búsqueda de autonomía, su mayor inserción en diversos ámbitos extrafamiliares, unido a la presión de la sociedad. Urribarri (2016) apunta que “lo arduo, solitario y angustioso que resulta adentrarse en la definición del propio camino y forma de ser, al tomar y apartarse de los padres en la aventura de subjetivación, que puede implicar sentimientos parricidas” (p 76).

Si bien los tres ejes propuestos pueden plantearse en parte como sucesivos, son simultáneos, y por momentos se nota la clara primacía de uno de ellos. Aunque en parte son independientes, se interpenetran y condicionan. También hay temáticas que transitan por los tres ejes, aunque desde perspectivas diferentes. Estos procesamientos en los tres ejes, se caracterizan, en resumen, por la reapropiación de su cuerpo, reapropiación de su historia y apropiación de su vida (Urribarri, 2016).

En el pasaje de la infancia a la adolescencia o, mejor dicho, de lo infantil a lo pubertario, pueden encontrarse estancamientos, que François Marty (2002) califica de pubertarios, y que “se producen no sólo como consecuencia y prolongación de una psicosis de la infancia, sino como dificultad -ciertamente imposibilidad- actual del adolescente a comprometerse en el proceso de adolescencia” (p 9). La pubertad sobreviene, pero sin las modificaciones psíquicas que posibilitan al adolescente dar sentido a estas transformaciones frecuentemente vividas como despersonalizantes.

El conflicto edípico infantil, porque no fue estructurado en la infancia no puede reactualizarse bajo la forma del edipo pubertario en la adolescencia, la diferencia de sexos y de generaciones no está cimentada, los objetos parentales están investidos desde la genitalidad en favor de las relaciones de cariz incestuoso, los lazos de filiación se organizan bajo el clivaje (como aquellos que separan progeñe materna y paterna) y a menudo predominan en este tipo de familia sentimientos de odio y de persecución.

Marty (2002) afirma que:

“El fallo en el pasaje del umbral pubertario implica a los padres, sus universos psíquicos y las modalidades de transmisión de los referentes, que van a contrarrestar al niño devenido adolescente en su tentativa de construirse. Esta problemática parental hay que comprenderla como la herencia edípica que transmiten los padres sin saberlo a sus hijos. Se trata de aprehender la manera en la cual la historia propia de cada uno de los padres se teje con la del otro, _como –conjunta y separadamente– sus historias constituyen una trama sobre la cual el niño va o no a poder construir su propia historia” (p 12-13).

El adolescente que entra en psicosis pubertaria encuentra un estancamiento en su funcionamiento psíquico, este se revela particularmente en cuanto a su filiación: “no puede pensarse como sujeto en referencia a sus orígenes, no puede proyectarse hacia su porvenir de otro modo que no viendo ninguno. No pudiendo ver de dónde él viene, no puede ir a otra parte que ahí donde él está, es decir, a ninguna parte; está en un no-lugar psíquico” (Marty, 2002, p 15). La prohibición de pensar, la robotización, el incesto, la ausencia de fronteras y de un espacio privado secreto de sí mismo, las dificultades para la subjetivación, para la individualización-separación, las identificaciones alienantes que caracterizan tanto al paciente como sus padres, toman una forma concreta en las interacciones vividas en el día a día, confirmando que el trauma está vivo y perdura cada momento.

Es decir, cuánto de la psicosis pubertaria es una patología grave de la ubicación de sí mismo en el registro de la identificación y de la sexuación. Es también poner en evidencia cuánto de la psicosis pubertaria es una patología de vínculo, un revelador del grado de indiferenciación, de no separación psíquica entre los diversos miembros de la familia (Marty, 2002, p 19-20).

Esto revela en la clínica un amplio espectro de presentaciones que implica lo que es susceptible o no de ser subjetivable en la dificultad de cada uno. En estos casos, se encuentran las patologías más graves, aquellas que tienen poca posibilidad de hallar las vías de transformación.

PSICOTERAPIA DEL ADOLESCENTE

La psicoterapia del adolescente que entró en psicosis pubertaria, siguiendo a Marty (2002), consistirá, en primer lugar, en tomar las medidas de la envergadura de la trama parental que lo rodea, es decir, considerar la relación que cada uno de los miembros de la familia establece con los referentes edípicos, que con toda probabilidad se remonta a una problemática atascada. Sólo entonces buscaremos distinguir los intentos que el adolescente efectúa para encontrar un sentido a la experiencia des-subjetivante que la psicosis le hace vivir, experiencia en el interior de la cual él busca una coherencia y una salida.

El hecho de que el psicótico nos diga lo que ocurre en su mente, esos pensamientos que serán definidos como eco, comentario o compulsión, implica que el Yo todavía es capaz de pensar, desde otro lugar, lo que se piensa en él. Escisión del espacio y de la instancia, gracias a la cual el sujeto puede volver a significar los pensamientos, que podrán ser comprendidos porque en ellos ve la prueba de la persecución, del riesgo o del enigma que le imponen el deseo y la intención de otro. Reencontrar una significación referente a «lo que es pensado» que pueda hacerlo inteligible, implicaría que el adolescente puede apropiarse de un poder hablar. Ese enunciado es efectivamente lo que le permitirá al yo aprehenderse como existente autónomo, como acción, deseo, proyecto. Acompañar esta búsqueda de sentido puesta en marcha por el adolescente es, más allá de la ubicación psicopatológica, volver a buscar con los pacientes el esbozo de lo que busca decirse. Interpretar, aquí, es permitir a los pacientes encontrar la conexión entre los elementos dispersos. Algunos adolescentes acceden así a un trabajo de pensar, saliendo del desconcierto ocasionado por la falta de espacio psíquico personal. Pueden entonces vivir esta etapa decisiva del segundo proceso de separación-individuación y devenir historiador de su propia vida.

Una ayuda terapéutica es en todos los casos necesaria, tanto para el adolescente como para sus padres. El padre capaz de comprometerse en un trabajo terapéutico independiente es a menudo confrontado con su propia historia en un punto que quedó particularmente velado y activo, ligado con el cuestionamiento que pone en escena el adolescente, y que es denunciado en su sintomatología (Marty, 2002).

Habrá que considerar igualmente el equilibrio que se establece en derredor de la enfermedad de uno de los miembros de la familia. El progreso favorable del adolescente que entró en psicosis pubertaria puede entrañar una descompensación en uno u otro miembro de la familia, como si las relaciones intrafamiliares estuvieran estructuradas integrando la enfermedad.

Poder guiar este proceso de diferenciación entre los miembros de la familia implica, como describe Marty (2002), que “vivirse separados los unos con referencia a los otros no significa más entonces desgarrarse; un poco de espacio psíquico ha sido así conquistado permitiendo a los adolescentes y a sus padres no estar más encerrados en el círculo de la amenaza y de la persecución” (p 21). Este proceso, que será de por vida, implica un sujeto que sin cesar deberá «inventarse» a través de sus vínculos, con la potencialidad de cuestionarlos, deshacerlos, rehacerlos o reemplazarlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aulagnier, P. (1991). Construir (se) un pasado. *Revista de psicoanálisis APdeBA*, 13(3), 441-497.
- García Badaracco, J. E. (1985). Identificación y sus vicisitudes en las psicosis. La importancia del concepto de “objeto enloquecedor”. *Revista de Psicoanálisis*, 42(3), 495-514.
- Freud, S. (1908). La novela familiar del neurótico. *Obras completas*, 2, 1954-1955.
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F., & Zilkha, N. (2002). Los Escenarios narcisistas de la parentalidad: clínica de la consulta terapéutica. *Asociación ALTXA*.
- Marty, F. (2002). La psicosis pubertaria. Un impasse del proceso de adolescencia. *Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y Adolescencia*, (14),7-23.
- Nicolò, A. M. (2015). *Psicoanálisis y familia*. Herder Editorial.
- Urribarri, R. (2016). *Adolescencia y clínica psicoanalítica*. Fondo de Cultura Económica.

VÍNCULO TRAS EL RECHAZO EMOCIONAL POSNATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

BONDING AFTER POST-EMOTIONAL REJECTION: ABOUT A CASE

Ximenez de Embun Ferrer, Ingrid¹ e Izquierdo Hidalgo, Idaira²

RESUMEN

El puerperio es considerado en sí mismo como un agente promotor de activación biológica y como un escenario de conflictos intrapsíquicos: no solo se confronta la identidad maternal sino que confronta el imaginario de la madre en relación al bebé gestado. Bajo este paradigma, el presente caso (a) aborda la actitud de rechazo de la madre hacia su hijo prematuro considerándola una actitud evitativa en un escenario de encuentro entre la madre con el hijo, así mismo (b) ahonda en las diferentes hipótesis teóricas para la ocurrencia de la actitud de rechazo de las madres teniendo en cuenta los criterios clínicos de trastorno fóbico para el diagnóstico diferencial.

Palabras clave: Caso clínico, rechazo emocional, fobia, vínculo, intervención psicoterapéutica.

ABSTRACT

The puerperium is considered as a promoter of biological activation and as a setting of intrapsychic conflicts: it not only confronts the maternal identity but also confronts the imaginary of the mother in relation to the pregnant baby. Under this paradigm, the present case (a) addresses the attitude of rejection of the mother towards her premature child considering it an avoidant attitude in the encounter between the mother and the child, likewise (b) explore the different theoretical hypotheses for the occurrence of the attitude of rejection of the mothers taking into account the clinical criteria of phobic disorder for differential diagnosis.

Key words: Clinical case, emotional rejection, phobia, bonding, psychotherapeutic intervention.

1 Psicóloga Clínica Interna Residente - Hospital Universitario de Canarias, La Laguna Correspondencia: Ingrid Ximenez de Embun Ferrer Correspondencia electrónica: ingridximenez@live.com

2 Psicóloga Perinatal y Profesora asociada en la Universidad de Almería, La Laguna

INTRODUCCIÓN

El periodo perinatal es una etapa que involucra muchos cambios hormonales y psicosociales que convergen y fluctúan a lo largo del puerperio. El periodo gestacional permite a los futuros padres y al bebé la oportunidad de prepararse tanto biológica como psicológicamente para el nacimiento, así como para un proceso conceptualizado como “anidación psicobiológica” (Jofré y Enríquez, 2002). La preparación psicológica supone un proceso de adaptación cognitiva, en las representaciones sobre el futuro hijo y sobre sí mismos como padre y madre, pero también supone una adaptación afectiva e instrumental, en los aspectos prácticos que requiere la aparición de un nuevo miembro familiar. De hecho, la evidencia científica de las últimas décadas ha asociado estas fluctuaciones adaptativas en el proceso biopsicosocial de las gestantes con el inicio, recaída o exacerbación de diferentes trastornos mentales de las gestantes (Frías, 2015). Es en este contexto donde la sintomatología afectiva, así como la ansiedad suceden foco principal para la exploración e indagación de la psicopatología perinatal. La relevancia de estas variables a estudio recae en el hecho de ser considerados factores de riesgo para la alteración en el desarrollo del vínculo entre madre e hijo (Brockington, 2019).

El vínculo materno-infantil hace referencia al establecimiento temprano de una relación afectiva de la madre hacia su hijo que se caracteriza por sentimientos positivos y de calidez emocional (Tylor, Atkins, Kumar, Adams y Glover, 2005). Bajo este paradigma teórico, los trastornos del vínculo se presentan en el 7,1% al 8,6% de las madres de la población general (Palacios, 2016; Van Bussel, Spitz y Denyttenaere, 2010) y se presentan en el 10-30% de las mujeres que requieren asistencia psiquiátrica tras el parto, aunque pueden presentarse sin trastorno psicopatológico materno (Brockington, 2004; Palacios, 2013).

Es preciso señalar que el vínculo madre-hijo surge en la interacción biológica de dependencia entre la madre y el bebé (Benhaim, 2012). Si bien es cierto que esta relación diádica se desarrolla en los primeros años tras el nacimiento, ésta emerge hacia la unión simbólica entre madre e hijo constituyéndose como referente para vínculos posteriores. Se acepta entonces que “los vínculos suceden como proceso para estructurar la realidad del individuo, sirven como marco de referencia estableciendo límites y prohibiciones” (Burutxaga, 2018). Recuperando la propuesta de Bion (1992), el vínculo es un proceso bidireccional en el que el psiquismo del niño influye en el de la madre y viceversa, incorpora procesos de comunicación y aprendizaje (Pichon-Rivière, 1985).

Aunque el trastorno del vínculo se mencionó por primera vez en el DSM- III, los criterios se han revisado sustancialmente desde ese momento, y no precisamente desde los manuales diagnósticos (APA, 1984). Los criterios del DSM-5 mantienen una distinción entre dos tipos básicos de trastorno de vinculación reactiva: 1) inhibido, en el que el niño generalmente es retraído y busca la proximidad de sus cuidadores, y 2) indiscriminado, en el cual el niño busca la proximidad y el contacto con cualquier cuidador disponible, un complejo de respuestas conocido como sociabilidad indiscriminada (APA, 2018). Es uno de los pocos diagnósticos en las nosologías estándar que se aplican a niños menores de 3 años. El trastorno de vinculación temprana madre-hijo no ha sido reconocido en la actual Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1992).

Brockington (2011) propone una primera clasificación teórica en relación a la alteración del vínculo temprano entre madre-bebé mediante tres características principales: (a) expresión materna de aversión, resentimiento u odio hacia el niño; (b) expreso deseo de renunciar permanentemente a la atención; o (c) el deseo de que el bebé desaparezca. El autor (2006) establece dos categorías dependientes de la gravedad -leve y severa- para el diagnóstico (ver **Tabla 1**).

Tabla 1a: TRASTORNO LEVE: Alteración del vínculo

La madre experimenta retraso en la vinculación, ambivalencia o pérdida de la respuesta emocional materna hacia el bebé. Criterios A y C son necesarios.

- A.** La madre, o bien expresa decepción por sus sentimientos maternos, o bien se siente distanciada del bebé.
- B.** La amenaza de rechazo o el rechazo establecido no se observa. C. El trastorno ha durado al menos una semana.
- C.** Estos sentimientos son angustiantes y generan una demanda de ayuda por parte de la familia o profesional.

Tabla 1b: TRASTORNO SEVERO: Rechazo del bebé

Carencia materna de una respuesta emocional positiva hacia el bebé. Se manifiesta un deseo de renuncia del bebé. Pueden identificarse dos tipos de rechazo: Amenaza de rechazo o Rechazo establecido. La principal diferencia entre uno y otro reside en la permanencia de la renuncia.

2.1. Amenaza de rechazo

En las madres con amenaza de rechazo, el bebé no es bien recibido existiendo un deseo de transferir temporalmente su cuidado. No se observa una marcada aversión hacia el niño/a ni se expresa el deseo de su «desaparición».

2.2. Rechazo establecido. Criterios A, B y C son necesarios.

- A.** La madre expresa aversión, resentimiento u odio hacia su bebé.
- B.** Expresión de un deseo de renunciar permanentemente a la atención y el cuidado.
- C.** Experimentar un deseo de que el niño/a desaparezca.

Tablas 1a-b: Clasificación de las alteraciones del vínculo según Brockington (2011).

Bajo este paradigma, Brockington (2019) formula el marco teórico para considerar las particularidades del trastorno del vínculo tras el parto. Así, el autor considera el trastorno como un síndrome: “Síndrome de Rechazo Emocional” del bebé constituido por una tríada de síntomas:

- Respuesta emocional anormal hacia el bebé caracterizada por distanciamiento afectivo, rechazo, aversión o incluso odio;
- Deseo de escapar de los cuidados del bebé desarrollando conductas evitativas o de huida, relegando el cuidado o renunciando;
- Ideas pasivas de muerte hacia el bebé.

En cuanto a las condiciones necesarias y suficientes que pudieran explicar la alteración del vínculo materno-filial, la literatura se mantiene virgen y yerma sin poder llegar a identificar factores predisponentes, desencadenantes o de vulnerabilidad. A pesar de ello, Lia, Ceriani, Cravedi y Rodríguez (2005) identifican que nacer antes del periodo gestacional de los 9 meses, crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica tanto en el niño como en la madre y el padre. Los autores señalan como el nacimiento prematuro del bebé conlleva una interrupción en el proceso de anidación psicobiológica. En esta dirección, Ammaniti (1991) y Stern (1997) también anticipan cómo un nacimiento prematuro interrumpe el proceso normal de las gestantes de construcción de representaciones maternas y específicas.

En consecuencia, la existencia de respuesta emocional y pensamientos egodistónicos particulares en la alteración del vínculo, conducen a la madre a desarrollar conductas que interfieren en el buen desarrollo de sus competencias maternas (Barudy y Dantagnan 2005). Se acepta que la experiencia subjetiva de temor irracional frente un objeto, animal o situación, viene a conceptualizarse y comprenderse como fobia. El encuentro del sujeto con el objeto situación fóbica activa y desencadena un cortejo sintomático donde en el eje cardinal se coloca a la ansiedad. Desde el punto de vista psicoanalítico, hablar de fobia comporta la idea de que existe un conflicto intrapsíquico que ha sido desplazado y simbolizado en el objeto o situación fóbicos (Coderch, 2003).

Este contexto nos permitiría establecer nuevos escenarios para poder comprender la actitud de aquellas madres que, tras el parto, desarrollan conductas de rechazo hacia el recién nacido considerándolas incluso en rango fóbico. De forma análoga al funcionamiento descrito en una situación fóbica, el presente caso aborda la actitud de rechazo de la madre hacia su hijo -tras el parto prematuro- considerándola una actitud evitativa en un escenario de encuentro entre el sujeto/madre con el objeto-situación fóbicos/el hijo.

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Lucas, nace por cesárea a las 26 semanas de edad gestación. Tras un mes de ingreso de la madre por riesgo de pérdida fetal, el parto es inducido al identificar marcadores de sufrimiento fetal.

La madre –de 39 años-, había recibido atención prenatal adecuada según protocolo de abortos de repetición establecido por su Hospital de referencia. Lucas es el 5º embarazo mediante técnicas de reproducción asistida -todos ellos mediante fecundación in vitro- siendo el primero de los cinco anteriores embarazos que prospera tras el parto; los tres primeros suceden abortos anteriores a la 13ª semana y el cuarto, muerte fetal precoz a la 25ª semana. Al nacer, los puntajes de APGAR de Lucas son persistentemente bajos tras el retest presentando un esfuerzo respiratorio mínimo e ineficaz, una frecuencia cardíaca baja y un tono pobre, criterios clínicos objetivos que conducen a la intubación de Lucas mediante ventilación con presión positiva. La intubación coincide con una mejoría del ritmo cardíaco, la actividad y la aparición de alguna gesticulación o reflejo. Lucas pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales –UCIN- para la monitorización de constantes y se inician los tratamientos no farmacológicos como minimizar los estímulos ambientales. Se realiza una ecografía cerebral y un EEG para diagnóstico diferencial y de forma paralela se mantiene a la madre ingresada para el seguimiento posparto correspondiente.

Desde la UCIN se solicita interconsulta al equipo de Salud Mental Perinatal para la madre quien presenta sintomatología afectiva, decaimiento del estado de ánimo y afecto ansioso tras hacerle la propuesta de poder conocer a Lucas en la UCIN

rechazando el encuentro con Lucas. Acudimos a valorar a la madre transcurridas 6 horas posparto; a nuestra llegada, la madre está consciente y orientada en las tres esferas; abordable y colaboradora. Psicomotrizmente tranquila y limitada funcionalmente por la reciente cesárea. Euprosexica. No se objetivan fallos mnésicos en la exploración grosera. Niega sintomatología confusional durante su ingreso. Presenta facies hipomímicas. Lenguaje coherente, inducido, con latencia del tiempo de respuesta aumentada, parco en contenido y centrado en la negativa a visitar a Luca. Presenta ánimo hipotímico, labilidad emocional durante la entrevista congruente con el contenido. Impresiona de afecto ansioso secundario a las complicaciones gestacionales motivo de ingreso y prematuridad del parto. No desesperanza ni ideación auto/hetero agresiva en el momento actual. Niega alteraciones sensorceptivas o ideas de cáliz delirante. Orefia y somnia conservadas.

Discusión y Abordaje Terapéutico del Caso

La evidencia científica contempla como, tras partos difíciles o traumáticos, una falta de respuesta emocional hacia el recién nacido por parte de la madre puede ser una respuesta normal (Navarro et al., 2008). Si bien es cierto, la alteración en el afecto dirigida al recién nacido, la ausencia de sentimientos de afecto, ansiedad, irritabilidad, hostilidad, rechazo o impulsos agresivos hacia el bebé constituyen el cuerpo clínico característico para desembocar en trastorno del vínculo (Brockington, 2006). A pesar de que las principales clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas no contemplan la categorización nosológica de los trastornos del vínculo, éstos se presentan en el 7.1-8.6% de las madres de la población general (Van Bussel, 2010).

La relevancia de esta variable de interacción radica en el hecho de que se ha descrito la repercusión de la dificultad de vinculación madre-hijo en el comportamiento y desarrollo posterior del bebé (Roncallo, Sánchez, y Arranz, 2015). Así mismo, numerosa literatura científica ha permitido ahondar en como el correlato entre el estado emocional de la madre modula a nivel cualitativo y cuantitativo el espacio de encuentro entre la madre y el hijo destacando los estudios relacionados con el grado de ansiedad materna (Grover, 2011), el estrés percibido y la presencia de depresión (Milgrom et al., 2006).

Sin duda, y específicamente en relación con la ansiedad, ésta puede capitanear comportamientos de evitación, problemas de atención y de preocupación dónde la repercusión a corto y medio plazo de esta ausencia de interacción entre madre y bebé conllevaría una merma en el desarrollo del infante (Dubber et al. 2014) y un viraje hacia conductas propias de una fobia. En el presente caso, la madre de Lucas debutó tras el parto con actitudes de rechazo hacia el recién nacido llegando a negarse a compartir el mismo espacio-entorno que Lucas bajo la justificación de no identificar al recién nacido como su hijo.

Hipótesis del caso. Abordaje terapéutico

El espacio de encuentro entre la madre y Lucas sucede escenario en el que la madre se confronta con sus temores. Así, no se cuestiona que el puerperio es considerado en sí mismo como un agente promotor de activación biológica, pero para la madre de Lucas sucede a su vez como escenario para los conflictos intrapsíquicos de la madre: no solo se confronta la identidad maternal sino que, en el caso presente, la prematuridad de la llegada del bebé, confronta el imaginario de la madre en relación al bebé gestado. Tal como Coderch (2003) señala, no podemos dejar de pensar que las respuestas fóbicas son indicativas de procesos regresivos en la medida en que colocan a la persona en una posición de temor e indefensión frente a ciertas situaciones donde el conflicto, la ansiedad y los peligros vividos inconscientemente en el mundo interno, son desplazados y vividos en el mundo externo.

El objetivo estructural de la intervención psicoterapéutica con la madre de Lucas radica en moldear la dificultad de vinculación. Al iniciar el abordaje terapéutico con la madre, establecemos dos directrices de trabajo:

1. Identificar las expectativas y atribuciones de la madre en relación con la maternidad y a las capacidades parentales y relacionales;
2. Identificar el corolario imaginario en relación a la propia gestación-parto así como al bebé.

De algún modo, estos preceptos permiten establecer los puntos de partida para la construcción de la narración simbólica de la gestación y, consecuentemente, poder permitir la emergencia de la prematuridad y el conflicto vivido. Es pertinente remarcar que las funciones yoicas y el criterio de realidad de la madre se hallan bien conservados, elementos imprescindibles para mantenernos en una construcción del caso desde una posición prominentemente neurótica.

En cuanto a la intervención, las sesiones se estructuran con el fin de poder identificar los mecanismos de defensa de la madre que median en el rechazo hacia Lucas y fomentar el tránsito hacia respuestas que permitan favorecer la vinculación madre-bebé. Las sesiones llevadas a cabo por el equipo de psicoterapeutas cumplieron los objetivos y estrategias descritas en las *tablas 2a-2e*.

Tabla 2a: 1ª SESIÓN. Tras el parto

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INTERVENCIONES
Iniciación de la narrativa del proceso de gestación; descripción y construcción del corolario imaginario de la madre.	Re-elaborar la historia vincular de la madre incorporando la dimensión del apego propio con el fin de identificar el tipo de relaciones afectivas con los otros y la capacidad de percibirse a sí misma como proveedora de protección y cuidado.

Tabla 2b: 2ª SESIÓN. En la UCIN

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INTERVENCIONES
Duelo y pérdida: abandonar mecanismos de negación inherentes al proceso de parto.	Señalar mecanismos de defensa centrados en la evitación experiencial; aceptar, experimentar emociones, adaptarse y recolocar emocionalmente la pérdida (Worden, 1991) de la simbolización y constructo de gestación/maternidad.

Tabla 2c: 3ª SESIÓN. En la UCIN: primer encuentro

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INTERVENCIONES
<p>Recrear al bebé como sujeto diferenciado; permeabilidad hacia la intersubjetividad.</p>	<p>Potenciar la presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades cognitivas: los pensamientos o representaciones mentales acerca del bebé que permiten realizar incluso atribuciones de personalidad y comportamiento a partir de la observación y las primeras interacciones; - Habilidades emocionales: la empatía y el placer en la interacción; - Comportamientos asociados a las prácticas de salud en función del bienestar del bebé: participar en los cuidados del bebé, acompañar durante el pase de los médicos, mantenerse informada de la evolución y progreso de forma activa.

Tabla 2d: 4ª SESIÓN. En la UCIN: delante de la incubadora

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INTERVENCIONES
<p>Hacia a mentalización y actitud especular de la madre.</p>	<p>Abordar la capacidad reflexiva de la madre con respecto las necesidades de Lucas.</p>

Tabla 2e: 5ª SESIÓN. En la UCIN: contacto	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INTERVENCIONES
Definición de las competencias parentales desde la concordancia afectiva (Stern, 1988 & 1999)	Fortalecimiento de la madre en sus recursos psicológicos y sociales; empoderar a la madre en su nuevo rol de madre por medio de un componente motivacional (el vínculo materno-fetal) y un componente instrumental (las prácticas de salud) (Roncallo, 2015)

Tablas 2a-2e: *Objetivos e intervenciones desarrolladas en cada sesión.*

A lo largo de estas cinco primeras sesiones, la madre de Lucas pudo re-elaborar su historia vincular entrando en un estado compartido y sintónico con Lucas. La sincronización permitió un espacio ideal de encuentro y acoplamiento psicobiológico y una resonancia con efecto regulador de tono positivo e intrínsecamente organizativo. Según recoge Hill (2018), este proceso repercute de forma similar en las redes neuronales que median en los procedimientos de regulación afectiva de modo que la resonancia afectiva permite una condición metabólica ideal para el crecimiento neuronal en términos de desorganización y reorganización.

CONCLUSIONES

La experiencia relacional más fundamental en la vida del niño, especialmente en los decisivos primeros meses, es la calidad del vínculo con la madre o con una figura sustituta (Kimelman, 2013; Lecannelier, 2006). Ella es la principal fuente de satisfacción de sus necesidades (la misma que las anteriores) La disarmonía relacional madre-hijo se expresa así en una variada sintomatología que puede afectar a la gestación, el período puerperal y todo el transcurso del desarrollo del niño. A pesar de ello, esta disarmonía puede modificarse a través de una intervención psicosocial (Brockington, 2011 & 2019; Roncallo, 2015; Worden, 1991).

De forma adicional, la literatura revisada identifica como el nacimiento de un bebé prematuro ocasiona elevados niveles de angustia en el entorno familiar y tiene repercusiones de diversa índole que pueden afectar al desarrollo de un vínculo afectivo de calidad entre el bebé y el cuidador principal, generalmente la madre (Ammaniti, 1991; Barudy, 2005; Lía, 2005; Stern, 1997). Condicionalidad que debe ser tenida en cuenta a la hora de abordar y encuadrar las intervenciones psicoterapéuticas con los padres.

El espacio de encuentro entre la madre y el hijo sucede escenario en el que la madre se confronta con sus temores. Así, el puerperio es considerado en sí mismo (a) como un agente promotor de activación biológica y (b) como un escenario de

conflictos intrapsíquicos: no solo se confronta la identidad maternal sino que, en el caso presente, la prematuridad de la llegada del bebé, confronta el imaginario de la madre en relación al bebé gestado (Coderch, 2003). Es evidente que esta propuesta pudiera resultar reduccionista si sólo aceptáramos estas variables en juego; es por ello que, a lo largo de las sesiones desarrolladas anteriormente, se ha tenido en cuenta que Lucas es fruto de un 5º intento de fecundación asistida y, por lo tanto, es preciso incorporar en este corolario imaginario, los precedentes y antecesores a Lucas.

Del mismo modo, la literatura coincide en aceptar que los trastornos afectivos, así como la ansiedad influyen de forma negativa en el periodo prenatal pudiendo repercutir en el crecimiento intrauterino del feto, nacimientos prematuros, la regulación neurológica del neonato y problemas de conducta en la infancia (Goecke et al., 2012). Todo ello, tal y como se ha expuesto en apartados anteriores, sesgaría la posibilidad de facilitar un buen vínculo entre madre-hijo.

La intervención con la madre de Lucas permite aportar evidencia clínica en cuanto a la implicación y repercusión de la intervención precoz ante una respuesta materna identificada como factor de riesgo para el trastorno vincular entre madre e hijo. El abordaje terapéutico orientado a potenciar las habilidades cognitivas y emocionales de la madre, así como la aproximación hacia la actitud reflexiva y de mentalización, contribuyen a la sincronización de la díada madre-bebé permitiendo una re-elaboración de la funcionalidad materna.

Los resultados de diversas investigaciones acerca del vínculo materno-fetal alumbran la importancia de conocer los factores que se ponen de manifiesto en la filiación afectiva de la madre hacia su hijo no nato. Esta perspectiva permite la planificación y adecuación de intervenciones en el periodo prenatal, con el fin de cuidar el desarrollo físico del feto y la vinculación posterior del bebé con su madre (Muñoz, 2015; Roncallo, 2015). Una intervención de estas características debe ser concebida necesariamente desde un enfoque interdisciplinar en donde la evaluación y detección de factores de riesgo psicosociales contribuya a mejorar la salud materno-fetal, funcionando a su vez como red de apoyo para la madre.

Por último, secundamos la propuesta descrita por Roncallo (2015) en relación con las prácticas concernientes a la atención temprana. La autora señala como tradicionalmente éstas se centran en el periodo evolutivo de 0 a 6 años; si bien es cierto que, a la luz de las evidencias científicas, el vínculo madre-hijo se empieza a forjar en la etapa gestacional, bajo esta contemplación, se advierte como el vínculo descrito en el periodo neonatal puede asumirse como un continuo del existente en el embarazo, derivando en prácticas de salud fundamentales para el desarrollo del feto.

REFERENCIAS

- Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Psychiatr Infant*, 34(2); 341-58.
- APA (1984). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III. Barcelona: Masson (Orig. 1980).
- APA (2018). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). Los buenos tratos en la infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa Benhaim, D. (2012). Intersubjetividad y vínculo. *Psicoanálisis e intersubjetividad*, 6; 5-11.
- Bion, W. R. (1992). *Cogitations*. London: Karnac.
- Brockington I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363(9405); 303-310.
- Brockington, I.; Fraser, C. y Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health*, 9(5); 233-242.
- Brockington I. (2011). Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*, 44(5); 329-336. DOI: 10.1159/000325058.
- Brockington, I. (2019). Salud mental materna y trastornos del vínculo en el posparto. *Psicosomática psiquiátrica*, 8; 52-65.
- Burutxaga, I. [et al.] (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis*, 15; 1-17.
- Coderch, J. (2003). Las fobias como respuesta a la ansiedad. *Temas de psicoanálisis*, VIII-IX; 165-179.
- Dubber, S. [et al.] (2014). Postpartum bonding: the role of prenatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of women's mental Health*, 18; 187-195.
- Frías, A. [et al.]. (2015). Obsessive-compulsive disorder in the perinatal period: epidemiology, phenomenology, pathogenesis, and treatment. *Anales de psicología*, 31(1); 1-7.
- Glover, V. (2011). Annual research review: Prenatal stress and the origins of psychopathology. An evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52; 356-367.
- Goecke, T. [et al.] (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286; 309-316.
- Hill, D. (2015). *Teoría de la regulación del afecto. Un modelo clínico*. Barcelona: Eleftheria.
- Jofré, R. y Enríquez, D. (2002). Nivel de estrés de las Madres con Recién nacidos Hospitalizados en la UCIN Hospital Guillermo Grant. *Ciencia y Enfermería*, 8; 31-36.
- Kimelman M. (2013). Psicopatología del bebé. En Almonte y Montt (dir.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp.16-28). Santiago: Editorial Mediterráneo.

- Lecannelier F. (2006). *Apego e Intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago Chile: Editorial LOM.
- Lía, A., Ceriani, J.M., Cravedi, V. y Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivos argentinos de pediatría*, 103; 36-45.
- Milgrom, J. [et a.] (2006). Stressful impact of depression on early mother-infant relations. *Stress and Health*, 22; 229-238.
- Muñoz, M.; Poo, AM.; Bajeza, B. y Bustos, L. (2015). Riesgo relacional madre- recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Rev Chil Pediatr*, 86(1); 25-31.
- Navarro, P. [et al.] (2008). Non-psychotic sychiatric disorders after chid-birth: prevalence and comorbidity in a community sample. *J Affect Disord*, (1-2); 171-176.
- OMS (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. CIE-10*. Madrid: Méditor.
- Palacios Hernández B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 48(2); 164-176.
- Pichon-Rivière, E. (1985) *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Roncallo, P.; Sánchez, M. y Arranz, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2); 14-23.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D. y Glover V. (2005). A new Mother-to-infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health*, 8(1); 45-51. DOI: 10.1007/s00737-005-0074-z.
- Van Bussel, J.; Spitz, B. y Demyttenaere, K. (2010) Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Arch womens ment Health*, 13(5); 373-384.
- Worden, W. (1991). *El tratamiento de duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

“ADOPTAR ES CAMBIARLE LA VIDA A ALGUIEN”: VIVENCIAS DE ADULTOS ADOPTADOS EN LA INFANCIA

“ADOPTING IS CHANGING SOMEONE’S LIFE”: EXPERIENCE OF ADULTS ADOPTED IN CHILDHOOD

Rodríguez Rodríguez, Estefanía¹; Trabucco Risquez, Carla² y López, Angelita³

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general del estudio comprender la vivencia de adultos que fueron adoptados, desde la perspectiva de adultos que fueron adoptados en su infancia. Se utilizó la metodología cualitativa de investigación bajo el paradigma emergente, basándonos en el construccionismo social como la mirada teórica. Para la obtención de los datos se realizaron ocho entrevistas a profundidad a adultos que hayan sido adoptados en la infancia, siguiendo los postulados del muestreo por conveniencia, muestreo teórico y muestreo premeditado. Las narrativas de los participantes se procesaron a través del método de las comparaciones constantes y la construcción de mapas relacionales de conceptos. Surgieron cuatro grandes categorías en las que se recolectaron los aspectos más relevantes de la vivencia de los adultos adoptados: 1. Abordaje del proceso de la adopción: “¿Por qué no me dijeron antes? Me hubiese gustado saberlo”, 2. Ser familia: “Madre y padre no son los que engendran sino los que crían”, 3. Influencia del abandono en el ser adoptado: “Siempre he tenido esa inseguridad, y pienso que todo el mundo me va a dejar”, y 4. Visión de la sociedad en cuanto a la adopción. Entre los hallazgos más resaltantes se encontró la construcción del significado de adopción, el curso del desarrollo de la identidad, así como los procesos emocionales presentes, las relaciones tanto con la familia adoptiva como con la biológica, las vivencias asociadas a la adopción y la representación social de la misma.

Palabras clave: Adultos, adopción, apego, identidad, vivencias, familia.

ABSTRACT

The present investigation had as a general objective of the complete study the experience of adults who were adopted, from the perspective of adults who were adopted in their childhood. The qualitative research methodology was analyzed under the emerging paradigm, based on social constructionism as the theoretical view. In order to obtain the data, eight in-depth interviews were obtained with adults who have been adopted in childhood, following the postulates of convenience sampling, theoretical sampling and premeditated sampling. The narratives of the participants are processed through the method of constant comparisons and the construction of relational maps of concepts. Four major categories emerged

1 Psicólogo dirección correspondencia electronica: erodriguezr97@gmail.com

2 Psicólogo correspondencia electronica: carlatra98@gmail.com

3 Especialista en Psicología Clínica. Correspondencia electronica: angelitalopez44@gmail.com

in which the most relevant aspects of the experience of the adopted adults are collected: 1. Approach of the process of the adoption: “Why didn’t they tell me before? I had liked to know it”, 2. Being a family: “Mother and father are not the ones who father but the ones who raise”, 3. Influence of abandonment in the adopted being: “I always had that insecurity, and I think that everybody is going to me to leave”, and 4. Vision of society regarding adoption. Among the most prominent findings are the construction of the meaning of adoption, the course of identity development, as well as the emotional processes present, the relations with both the adoptive and the biological family, the experiences associated with adoption and social representation of the same.

Key words: Adults, adoption, attachment, identity, experiences, family.

INTRODUCCIÓN

La investigación está compuesta por cinco capítulos divididos de la siguiente manera:

En el primer capítulo de esta investigación, se aborda el planteamiento del problema, identificando y explicando la justificación de la investigación, así como la naturaleza del fenómeno a estudiar.

El segundo capítulo está conformado por el marco referencial, en el cual se exponen los conceptos principales que dan basamento a las explicaciones de esta investigación. Este incluye, la definición de adopción. Posteriormente, se aborda maltrato y abandono el cual es un tipo de maltrato, incluyendo las secuelas que conlleva en los participantes al haberlo experimentado por sus progenitores en edades tempranas. Por último, se plantea el significado del apego.

En el tercer capítulo, se presenta el modelo metodológico implementado, con la descripción del tipo de investigación, el tipo de muestra, las técnicas de recolección de información a utilizar, y por último se expone lo que es la entrevista a profundidad.

En el cuarto capítulo, se recogen las conclusiones a las que se llegó con este trabajo de investigación, respondiendo a los objetivos planteados inicialmente. Estas mismas están basadas en el análisis de resultados en el cual se despliegan cuatro grandes categorías: La primera, aborda el proceso general de la adopción, dividido en lo que ocurre antes de que el niño sea adoptado, el proceso legal llevado a cabo y siendo clave el momento en el que se enteran los participantes de su adopción y aunado a esto el impacto que conlleva. La segunda, denominada Ser Familia: “Madre y padre no son los que te engendran sino los que te crían”, en la que se aborda la experiencia de los participantes con su familia biológica y adoptiva. La tercera, aborda las influencias del abandono en el ser adoptado, presente en los participantes, las cuales son representadas en la percepción de ellos mismos en la actualidad, en etapas previas y en la proyección de su propia conformación familiar. Y la cuarta categoría, denominada “Visión de la sociedad en cuanto a la adopción”, consiste en la comprensión y el significado que le da la sociedad a la adopción según los participantes, y el propio significado que le otorgan los participantes a la adopción en general. También se hace mención a las limitaciones y recomendaciones que surgieron durante la elaboración de este trabajo investigativo.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.2. Preguntas de Investigación

¿Cuáles son las vivencias de adultos que fueron adoptados en la infancia?

I.3. Objetivos de Investigación

I.3.1 Objetivo general:

Comprender la vivencia de adultos que fueron adoptados en la infancia.

I.3.2 Objetivos específicos

Describir el significado de adopción de los participantes.

Describir de qué manera desarrollan su identidad los participantes.

Indagar las experiencias de los participantes a lo largo de sus vidas con respecto a las relaciones con su familia adoptiva.

Explorar las experiencias de los participantes a lo largo de sus vidas con respecto a las relaciones con sus padres biológicos.

Describir cómo es la proyección familiar a futuro de los participantes de la investigación.

I.4 Justificación de la investigación

La importancia de comprender las vivencias de adultos adoptados, yace en la cantidad de niños y niñas que por diversas razones no pueden ser cuidados por sus padres biológicos, y por ende, se quedan sin una familia que les brinde protección y amor, quedando así los niños en manos del Estado, quien para garantizar sus cuidados básicos, los incorporan en instituciones mientras se decide qué pasará con su futuro, este será su hogar antes de que se lleve a cabo cualquier tipo de trámite en relación a la adopción del niño; así como también se toma en consideración a aquellos niños que por la misma razón fueron acogidos por familiares o por personas cercanas a ellos; tomando en cuenta a la adopción como un proceso legal el cual ha ocurrido a lo largo de la historia y a nivel mundial, existiendo en cada país una serie de criterios diferentes los cuales se deben cumplir para ser llevada a cabo.

El conjunto de experiencias y situaciones únicas por las que pasan los niños y niñas que han sido adoptados, conlleva efectos psicológicos, emocionales, físicos, conductuales y sociales, existiendo información sobre ello, sin embargo, no se evidenció suficiente información hasta la bibliografía revisada, acerca de la percepción que tienen los adultos adoptados sobre el proceso de adopción que atravesaron durante su infancia y cómo ha repercutido dicha situación de su niñez en la actualidad en distintos aspectos de sus vidas como lo son el ámbito social, familiar y emocional.

Es por ello que, decidimos conocer y profundizar desde el enfoque cualitativo, las vivencias de los adultos acerca del proceso que recorrieron al ser adoptados en la niñez, desde el momento en el que ya no pueden ser cuidados por sus padres biológicos, incluyendo los procesos legales por los cuales transitaron con la finalidad de ser acogidos por una nueva familia. En lo mencionado previamente parece haber un vacío teórico, dado que la sociedad puede llegar a darle mayor importancia a la situación de los niños al momento de ser adoptados y no tanta a la intersubjetividad de ellos mismos en su adultez.

Se espera que esta investigación sea un aporte para la visualización de los procesos adoptivos por los que pasa un niño, un proceso que está lleno de desafíos para una persona la cual posee una historia previa con carencias de todo tipo pero principalmente afectivas, requiriendo del acompañamiento de un profesional que escuche a quien emprende este camino, con el fin de que la persona tenga un futuro con mayor prosperidad, con la creación de estrategias de intervención terapéuticas no sólo a nivel individual sino también dentro del núcleo familiar, pues es necesario que los padres que acogen a un niño conozcan todo lo que este proceso implica, para que las secuelas presentes por el hecho de haber sido abandonados y/o separados de sus padres biológicos en su infancia no conlleve un impacto negativo de gran relevancia en su vida adulta.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

El maltrato infantil es toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social, ejercida por personas del ámbito familiar (Soriano, 2015).

El tipo de maltrato abordado, es el abandono, puesto que, los niños adoptados son niños abandonados, y este suele ir acompañado de abusos, malos tratos, negligencia y necesidades básicas que no se encuentran satisfechas (Múgica, 2012). Por ello llegamos a la adopción, debido a que es una medida de protección a la infancia que proporciona una familia a algunos niños que por determinadas circunstancias no pueden permanecer a la suya de origen (Berástegui, 2012).

En lo mencionado anteriormente, el apego juega un papel fundamental, ya que, son los lazos o vínculos afectivos que perduran en el tiempo por medio del cual el individuo experimenta los primeros sentimientos tanto positivos (seguridad, afecto y confianza) como negativos (inseguridad, abandono y miedo) con sus figuras significativas (Oliva, 2004).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

La elección de la investigación cualitativa se debe a la naturaleza del problema a investigar, cuando se busca la comprensión del significado de la experiencia de un grupo de personas, cuando se intenta explorar sentimientos, procesos de pensamiento, emociones, etc., la búsqueda de información por métodos de investigación más convencionales se ve entorpecida.

Se tomó en cuenta la teoría fundamentada para la investigación, pues la misma pretende ir más allá de los hechos, se trata de una comprensión de la significación sobre estos hechos y las personas que en ellos participan.

El enfoque utilizado dentro de la teoría fundamentada fue el de diseño emergente, en el cual, según Hernández et al. (2006), es aquel diseño en el que se construye teoría a partir de la conexión de categorías entre sí que surgieron de las codificaciones abierta y axial realizadas a los datos para el posterior análisis de resultados.

Al formar las categorías, propiedades y dimensiones, mediante la codificación abierta, se procedió a ejecutar un análisis profundo y establecer relaciones entre ellas, por medio de la codificación axial. Se comprende codificación axial, como un proceso en que se relacionan las categorías, denominada codificación axial porque la codificación sucede alrededor de un eje de una categoría, y enlaza las teorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2002). El objetivo de esta misma, es iniciar un proceso de reagrupación de datos que se desglosaron durante la codificación abierta, en virtud de esto, se relacionó las categorías con sus correspondientes propiedades para formar explicaciones precisas y completas acerca del fenómeno a estudiar.

La técnica principal que utilizamos para la recolección de información fue la entrevista a profundidad semiestructurada, definida por Taylor & Bodgan (1987) como una “herramienta de excavar” (p. 100), es decir, que es una herramienta utilizada en la metodología cualitativa para buscar y adquirir información en el marco de los conocimientos sobre la vida social.

Las entrevistas se realizaron de forma privada y confidencial con cada participante individualmente, con el fin de comprender y profundizar la subjetividad de los entrevistados con respecto a su adopción.

Para la elección de la muestra del estudio tomamos en cuenta la definición de muestreo teórico planteada por Strauss & Corbin (2002):

Recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de “hacer comparaciones”, cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones” (p. 219).

Nombre	Edad	Sexo	Estado civil	Profesión - Ocupación	Edad de adopción
L.S	23	M	Soltero	Coaching musical	Recién nacido
M.P	21	F	Soltera	Panadera	2 meses de nacida
V.V	24	F	Soltera	Estudiante de psicología	Recién nacida
A.V	24	F	Soltera	Estudiante	7 meses de nacida aprox.
P.R	24	M	Soltero	Delivery y fotógrafo profesional	2 años y 3 meses.
A.D	22	M	Casado	Estudiante y vendedor	8 años
A.V2	34	M	Casado	Marketing digital	10 días de nacido
A.J	25	F	Soltera	Diseñadora gráfica	2 meses de nacida

Tabla 1. Características de los participantes

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

En este capítulo se aborda una síntesis de los resultados obtenidos a lo largo de todo el proceso de la investigación, puntualizando los hallazgos más significativos a nivel teórico.

Con respecto a los hallazgos conceptuales que surgieron, se puede corroborar que los resultados obtenidos del proyecto cumplen con los objetivos planteados de la investigación, el cual fue conocer los sucesos que vivenciaron los participantes de la investigación a lo largo de sus vidas desde la mirada de adultos adoptados en la infancia, observando la manera como construyeron el significado de adopción, de familia, la relación que desarrollaron tanto con sus familias adoptivas como con sus familias biológicas, la profundización de aspectos de la vida de los participantes tales como los procesos emocionales que vivieron a lo largo de su vida como adultos adoptados y la manera en la que formaron su identidad; observándose en las entrevistas y contrastando con la teoría.

Los participantes afirman que para ellos la adopción es lo mejor que se le puede ofrecer a un niño, por lo que consideran que por medio de la adopción se le brinda a alguien la oportunidad de cambiarle la vida, es por eso que, en el mismo orden de ideas, los participantes comentan que la adopción es un proceso necesario para la sociedad, puesto que, es la oportunidad de ofrecerle recursos básicos y afecto a una persona que los necesita. A su vez, se aborda el tema del agradecimiento, parece que la mayoría de los participantes consideran que, adoptando a futuro, de cierta manera, estarían agradeciendo por su propia adopción, retribuyendo a alguien más lo que anteriormente hicieron por ellos, siendo indiferente el motivo por el cual los dieron en adopción, debido a que todos coinciden con lo mencionado.

Para algunos de los participantes la adopción continúa siendo para la sociedad un tema tabú o un tema complicado de hablar, bien sea por desconocimiento o por distintas creencias acerca de: La forma de adopción, a quién es mejor adoptar, las capacidades que pueda o no tener una persona que ha sido adoptada, o por las condiciones en las que considera la sociedad que los participantes se pudieron haber encontrado antes de su adopción, esto podría deberse a que aún para la sociedad la adopción pudiese considerarse algo fuera de lo común, por una percepción de prioridad a tener hijos biológicos, esta última situación parece ser la desencadenante de que en las narrativas de algunos participantes exista una aparente percepción de que la sociedad prefiere adoptar niños más pequeños, debido a que es más sencillo para los padres adoptivos educarlos y moldearlos bajo sus propios ideales, teniendo como consecuencia que los niños más grandes que quisieran también ser adoptados se puedan sentir desplazados y carentes de oportunidad de tener una familia; en contraposición con esto, otros participantes hablan de la adopción como algo que para la sociedad actualmente no es percibido como tabú.

Por medio de las etapas transitadas antes de llegar a la adultez se pudo observar el desarrollo de la identidad en los participantes, y como ellos mismos se definen hoy en día. Existen determinantes que son fundamentales para la construcción de la identidad, los cuales estarán influenciados por el hecho de la adopción, uno de estos determinantes es el nombre, siendo para los participantes un aspecto que varió en sus vidas, debido a que una parte de ellos mencionan haber tenido dos nombres, uno impuesto por su familia de origen y otro definido por su familia adoptiva. Otra determinante relevante para el desarrollo de la identidad en los participantes es la identificación, sintiéndose identificados con sus padres adoptivos, por lo que consideran que tienen semejanzas tanto físicas como de personalidad con ellos, además reportan querer ser como ellos. Las comparaciones

también forman parte del desarrollo de la identidad, de tal manera algunos participantes hacen alusión a momentos pasados de su vida en los que se comparaban con sus conocidos y la interacción que tenían estos con sus familias biológicas, por lo que parece haber una añoranza a tener una familia con vínculos sanguíneos, sin embargo, otros participantes hacen mención a nunca haberle dado importancia a compararse con otras familias.

La mayoría de los participantes de la investigación refieren aspectos positivos de su infancia, por los cuales atribuyen ser las personas que son hoy en día, gracias al apoyo y afecto que les brindó su familia adoptiva a lo largo de su vida, sintiéndose pertenecientes a su grupo familiar, sin embargo, una parte de los participantes reportan que al pertenecer a una familia la cual no es de origen les ocasionó sentimientos ajenos con su entorno familiar; además mencionan haber sido víctimas de Bullying en el colegio específicamente en primaria, por el hecho de ser adoptados y abandonados por sus familias biológicas, lo que causó en ellos una gran inseguridad.

En la adolescencia las personas adoptadas pudiesen tener más inconvenientes a nivel emocional, por lo que varios participantes refieren haber presentado rebeldía, agresividad, o por otra parte, inhibición y timidez, afectando en sus relaciones interpersonales, puesto que, alguno de ellos refieren haber tenido dificultades en la integración con sus similares. Posteriormente, en la transición de la adolescencia a la adultez varios participantes coincidieron en que fue un proceso de cambio positivo en sus vidas, fue una evolución en la que parece que integraron a la adopción como parte de ellos mismos.

Para finalizar, se observó en las narrativas de los participantes la consideración que tienen acerca de ellos en el presente, definiéndose como personas con un grado de madurez superior respectivo a su edad, debido a las responsabilidades que les ha tocado asumir desde la infancia, en relación la mayoría de ellos tienen la creencia de que debido a lo mencionado son capaces de superar cualquier reto u obstáculo que se les presente. Relevante a mencionar la determinante que se repite en etapas posteriores, la cual es la inseguridad presente en los participantes, considerándola aún en la adultez como parte de ellos, puesto que, algunos de los participantes reportan inseguridad en sus relaciones personales actuales, como causa de miedo a que los vayan a dejar. Cabe acotar, que los participantes que refieren mayor estabilidad emocional han recibido terapia psicológica desde la infancia, en la cual reportan haberlos ayudado a valorar más a sus padres adoptivos.

Se indagó las vivencias tanto en la infancia y en la adolescencia de los participantes con su familia adoptiva, como la percepción que tienen hoy en día de esta. Las relaciones de los participantes con sus familias adoptivas parecen haber tenido un mejor desarrollo la de aquellos participantes cuya comunicación con respecto a su adopción fue desde que eran pequeños, en comparación a los participantes cuyos familiares adoptivos decidieron ocultarles la noticia, manteniéndolo como un secreto o negando la adopción refiriéndose a ellos como hijos biológicos sin hacer diferenciación; según los participantes sus padres adoptivos mantenían su adopción como una especie de secreto, siendo una forma de evitarles el dolor, sin embargo, se pudo evidenciar mediante sus narrativas que estos mismos participantes, los cuales sus familias les ocultaron de cierta forma su adopción, refieren incomodidad al momento de hablar sobre esta con sus padres adoptivos.

Por otro lado, las relaciones establecidas por los participantes con sus familias adoptivas no solo varía por lo mencionado, sino también por las diferencias evidenciadas por los participantes entre ellos y sus familiares adoptivos, no únicamente físicas sino también en la personalidad, y son estas últimas diferencias las que han causado conflictos familiares, debido a que, según lo reportado por los participantes al tener distintas maneras de pensar y de actuar genera inconvenientes entre los miem-

bros de la familia, y por lo tanto, los lazos afectivos entre los integrantes son tensos. Sin embargo, otro grupo de los participantes reporta lo contrario, considerando similitudes con sus padres sustitutos, y mencionan que han adoptado actitudes, manías e intereses en común con sus padres adoptivos.

Aunque las relaciones de los participantes con sus familias adoptivas varíe, poseen en común que en algún momento de sus vidas le llegaron a decir a sus padres adoptivos que ellos no son sus papás, los participantes lo explican en la actualidad como una forma de pagar la rabia con los padres equivocados, re-direccionando la rabia, de esta forma manifestándola hacia los padres adoptivos cuando en realidad era dirigida hacia los padres biológicos por haberlos abandonado.

Según los participantes tener dentro de la familia otros miembros que al igual que ellos son adoptados, ha sido una fuente de identificación con estos, puesto que, no son los únicos que no comparten vínculos sanguíneos con el resto de la familia y es vista la adopción por ésta con mayor normalización, por tanto, mencionan los participantes una mejor adaptación e integración en la familia adoptiva.

Los participantes hacen mención a las diferentes configuraciones fraternales que se pueden presentar en las familias adoptivas según sus casos, una parte de ellos mencionan tener hermanos que al igual que ellos son adoptados y reportan ser unidos, debido a que, a pesar de que no comparten vínculos sanguíneos, sí comparten una historia similar de abandono. Y el otro grupo de participantes posee hermanos los cuales, si son hijos biológicos de sus padres adoptivos, y reportan que a lo largo de la relación con estos han existido una especie de competencia por el amor de sus padres.

A raíz de las experiencias de los participantes con sus familias adoptivas comentan que “*No todo el mundo puede adoptar*”, puesto que, la mayoría de los participantes le dan un gran valor al amor, comprensión y respeto que les brindó sus familias adoptivas; por tanto, consideran que los niños y/o niñas que estén en las condiciones por las cuales ellos vivenciaron deben ser adoptados por padres quienes sean capaces de reparar de cierto modo el daño causado en ellos por el abandono de sus familias biológicas, para que en un futuro como lo es en la adultez, tengan la capacidad de mirar hacia atrás sin rencores y agradecidos por el hecho de ser adoptados, como lo es reportado por alguno de los participantes.

No solo se indagó acerca de las vivencias de los participantes con sus familias adoptivas, sino también con sus familias biológicas. La mayoría de los participantes reportan no haberlos conocido, ni manifiestan inquietud en saber acerca de sus orígenes. A pesar de que los participantes han recibido el apoyo de sus familias adoptivas para la búsqueda de sus padres biológicos, el desinterés está presente en los participantes en cuanto a esta búsqueda, según ellos esto se debe al hecho de que sus verdaderos padres son los adoptivos y los llevan conociendo de toda la vida; por otro lado, los participantes que sí llegaron a tener contacto con sus familias biológicas antes de la adopción, de igual manera presentan desinterés al re-contactar con estos.

En lo que algunos participantes sí manifiestan interés, es por saber el verdadero motivo por el cual sus padres biológicos los abandonaron, a raíz de esta interrogante los participantes han experimentado sentimientos negativos de rabia e impotencia hacia sus progenitores, aunque con el tiempo mencionan haber sanado y por tanto comprendido a estos padres por haberlos abandonado, mencionan que lograron perdonar a sus padres biológicos en parte gracias al amor recibido de sus familias adoptivas.

Es relevante a mencionar, la importancia que tiene mantener a los hermanos biológicos unidos al momento de ser adoptados, puesto que, el participante que fue adoptado por la misma familia sustituta que su hermana, reporta haber sido más sencillo la adaptación en el nuevo hogar familiar y además comenta que sentía que había una persona que lo entendía debido a que ambos vivenciaron la misma situación desfavorable con su familia de origen. En contraposición al participante que fue adoptado por una familia diferente a la familia que adoptó a su hermano, describe la relación fraterna como incómoda y lejana.

Por medio de las vivencias de los participantes con sus familias tanto biológicas como adoptivas, le han dado un significado a lo que es ser una familia. Para una parte de los participantes el significado de familia va ligado al ser padres y madres, reportando que *“Padre y madre no son los que engendran sino los que crían”*. Por otro lado, algunos de los participantes consideran que la familia son todas aquellas personas de las cuales reciben apoyo incondicional, siendo indiferente si forman parte su propia familia o no, en sí, amigos, vecinos, compañeros, etc.

Con respecto al futuro, la reacción de los participantes frente a la paternidad y maternidad varía, puesto que, algunos de estos consideran no querer tener hijos biológicos y otros sí. Los participantes que anhelan tener hijos biológicos, son aquellos que reportan haber superado y haber dejado atrás la rabia que pudo existir en ellos en algún momento de sus vidas hacia sus padres biológicos, y que han podido en etapas previas a la adultez resolver interrogantes acerca de sus orígenes.

En lo que sí coinciden todos los participantes, es con el tipo de parentalidad adoptiva, puesto que, estos comentan que la adopción es una alternativa para ellos al momento de formar una familia, sin embargo, para alguno de los participantes la adopción es la única opción para ser padres. La razón por la cual los participantes comentan el deseo de querer adoptar, es porque, de alguna manera es hacer lo que hicieron con ellos sus padres adoptivos, en sí, darles una segunda oportunidad a niños que han sido abandonados por sus padres biológicos, de tener una familia y un hogar, donde reine el amor y el respeto.

Relevante a mencionar la posible sobrecompensación existente por parte de los padres adoptivos de los participantes, al intentar brindarles en exceso lo que solicitaban sus hijos en la infancia; una de las causas por las cuales se puede deber esta sobrecompensación, siendo la causa que más se aproxima a la muestra, es que estos padres adoptivos estaban tratando de llenar el vacío de los participantes causado por el abandono de sus padres biológicos, por tanto, esto conllevó a los participantes haber evidenciado diferencias con personas próximas a ellos que no eran adoptados con respecto al trato que recibían por parte de sus familias. El consentimiento de alguna manera exagerado de los padres adoptivos hacia los participantes recibido en su infancia, pudo generar que en la adolescencia los participantes experimentaran la gran etapa de rebeldía que ellos mismos refieren haber transitado, debido a que tenían la percepción por la crianza recibida desde la infancia que eran merecedores de lo que demandaban.

A pesar de que estos padres adoptivos hicieron el intento de disminuir de cierto modo la importancia del abandono vivenciado por los participantes, tanto materialmente como con afecto, respeto y comprensión, se evidenció según lo reportado por estos, que el abandono será un condicionante presente a lo largo de sus vidas, el cual se ha manifestado en ellos de diversas maneras. Por tanto, la mayoría de los participantes manifiestan inseguridades en sus relaciones interpersonales, pudiendo ser el abandono el determinante de su causa, presente en la infancia, adolescencia y actualmente en la adultez, traducida esta inseguridad mencionada por los participantes, como, el miedo de ser abandonados nuevamente.

Queremos destacar que, aunque los padres adoptivos no sean nuestra muestra de estudio de investigación, se le otorgó protagonismo, debido a que, como estos hayan logrado llevar la adopción de los participantes en etapas previas a la adultez es uno de los principales concluyentes de quienes son hoy en día estos adultos adoptados. Haciendo mención a los participantes que reportan que sus padres adoptivos decidieron como mejor opción mantener la adopción de estos como un secreto, son aquellos participantes que reportan no tener una buena o muy cercana relación con sus padres de crianza, puesto que, se pudo comparar con los participantes que sí sabían de su adopción desde la infancia y hablan acerca de esta con su familia libremente, los cuales reportan tener lazos afectivos tanto positivos como cercanos con sus padres adoptivos, lo que nos deja ver que una buena comunicación en torno a la adopción entre hijos adoptados y padres adoptivos, propicia una relación de confianza entre estos. Además, los participantes que mencionen una buena relación con sus familias sustitutas, poseen un significado de familia basado en la aceptación, agradecimiento y comprensión, y son aquellos que, si desean procrear, en sí, tener hijos biológicos.

Otro punto importante a destacar es la importancia que se le debería dar a la concientización de la sociedad acerca de las personas adoptadas, para ponerle fin a la estigmatización social para que sea mayormente aceptada y estas personas no sufran discriminación, por lo cual el paradigma de la supremacía de lo biológico, en el que se le da más importancia a la familia de sangre debe acabar. Por esto, las personas que formen parte del proceso de adopción deben quedar en manos de un grupo multidisciplinario que pueda darles la ayuda necesaria, siendo parte de ese grupo: psicólogos, médicos, docentes, trabajadores sociales, psicopedagogos, nutricionistas y abogados, que trabajen y se puedan desempeñar en el área para darle a la adopción la visibilización que necesita.

2. Limitaciones

La presente investigación alcanzó los objetivos que se plantearon de forma satisfactoria, se logró comprender las vivencias de adultos adoptados en la infancia. Sin embargo, se encontraron algunas limitaciones y surgieron algunas recomendaciones para investigaciones a futuro, aspectos que deben ser explorados.

En el transcurso de la investigación surgieron algunas limitaciones que a continuación serán expuestas:

- Fue difícil concretar entrevistas con algunas personas que encajaban en los requerimientos para ser parte de la muestra, a pesar de estar en un principio dispuestas para ser participantes, al momento de la entrevista no contestaban las llamadas o los mensajes.
- La falta de una muestra heterogénea en cuanto a edad de adopción y edad cronológica actual, posiblemente debido a la resistencia y estigma que pudiese existir por parte de personas adoptadas que fueron consultadas para participar en la muestra al momento de contar su historia y no quisieron, lo que hubiese hecho que la muestra no fuese tan homogénea.

3. Recomendaciones

La comprensión de las vivencias de adultos adoptados en la infancia para esta investigación, resultó en una serie de reflexiones y conclusiones que implican que se planteen un conjunto de recomendaciones para la continuación investigativa.

Dicho esto, se recomienda:

- Darle continuidad a esta línea de investigación, ya que es un tema extenso que se puede abordar desde distintas perspectivas, como lo es, la resiliencia en las personas adoptadas, adopción en adolescentes, diferencias entre la adopción en recién nacidos y en etapas posteriores; sirviendo como aportes para analizar y contrastar las semejanzas y discrepancias que se puedan generar sobre el mismo fenómeno de la adopción
- Retomar y renovar la muestra de la investigación sobre las vivencias de adultos adoptados en la infancia y dirigirla a un grupo con diferentes características, mayor a la que se ofrece en esta investigación, para profundizar en esta dicha vivencia con una muestra más diversa, desde la Teoría Fundamentada, ya que desde la mirada cualitativa se pueden obtener datos especialmente relevantes para la comprensión global de la adopción.
- Realizar estudios de caso en cuanto al tema tratado, “Adultos adoptados en la infancia”, siendo un método de investigación que permite indagar a mayor profundidad la historia de vida del participante, puesto que es el estudio exclusivo de la vivencia de esa persona.
- Dar un mayor enfoque en las futuras investigaciones en relación a adultos adoptados, en cuanto a sus relaciones íntimas, incluyendo la vida de pareja y sexual de los participantes; debido a que el foco de nuestra investigación, fue dirigido más hacia la percepción de los participantes de etapas previas, y cómo esto les ha afectado en la actualidad como adultos adoptados.

BIBLIOGRAFÍA

- Berastegui, A. (2012). La adaptación familiar y social de los menores adoptados internacionalmente. Seguimiento postadoptativo en la Comunidad de Madrid. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 70(136), 91-144
<https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/721>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ta. ed.) México: McGraw-Hill.
- Mugica, J. (2012). ADOPTIA. Recuperado de: <http://javiermugicaadoptia.blogspot.com/2012/01/el-nino-adoptado-es-un-nino-abandonado.html>
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. España, Sevilla: Universidad de Sevilla. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/257921423_Estado_actual_de_la_teor%C3%ADa_del_apego
- Soriano, F. (2015). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. *PrevInfad: Revista Pediátrica de Atención Primaria*. 11(41). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100008

Strauss, A. & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Universidad de Antioquia: Colombia.

Taylor, J. & Bogdan, R. (1987). Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. Barcelona: PAIDOS

APEGO Y ADOPCIÓN: LA EVOLUCIÓN HACIA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

ATTACHMENT AND ADOPTION: THE EVOLUTION TO PSYCHIATRIC PATHOLOGY. A CASE REPORT

Noval Canga, Claudia¹; Alonso Sánchez, Adrian² y Medina Ojeda, Gema³

RESUMEN

Se ha estudiado la teoría del apego desde mediados del siglo pasado, así como la influencia que tiene en el niño el desarrollo de un apego seguro durante la infancia para un correcto funcionamiento en la edad adulta.

Tanto el abandono, como el maltrato y la institucionalización de los niños va a suponer un trauma importante en los mismos, que tendrá un considerable impacto en su vida adulta, aumentando en una proporción considerable la probabilidad de presentar patología psiquiátrica. Para ello se presentará un caso clínico como ejemplo con la finalidad de mostrar una visión retrospectiva de la importancia que tiene un adecuado cuidado del niño y el establecimiento de vínculos adecuados y seguros en el futuro.

ABSTRACT

Attachment theory has been (widely) studied since mid 20th century, as well as the influence in children of safe attachment development during childhood to reach an adequate adult live (psychic) function.

Children Abandonment, abuse, neglect and institutionalization becomes an important trauma for them, which may have a considerable impact in their adult lives, increasing in substantial proportion the risk of having psychiatric pathology.

We present a clinical case where we retrospectively observe the importance of adequate childcare and establishment of adequate and safe attachments in the future.

La teoría del apego descrita por Bowlby incide en el papel fundamental de los cuidadores en proporcionar un adecuado y consistente sentido de seguridad en el niño, y en la posterior influencia que tendrá en su desarrollo tanto social como emocional.

1 Residente Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Av Ramón y Cajal nº3 , 47003 , Valladolid. Email: claudianovalcanga@gmail.com

2 Residente Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Av Ramón y Cajal nº3 , 47003, Valladolid. Email: alonsosanchezpsq@gmail.com

3 Adjunto Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Av Ramón y Cajal nº3, 47003, Valladolid. Email: gmedinaojeda@gmail.com

Debido a ello, es importante realizar un análisis pormenorizado del desarrollo de los niños post institucionalizados, cuyas experiencias vitales están caracterizadas por falta de apego y privación de los cuidados primarios.

Las diferentes representaciones de las relaciones de apego serán un factor predictivo de la calidad del mismo en los niños.

Las últimas evidencias objetivadas señalan una notable asociación entre las representaciones de las figuras de apego por los cuidadores, incluso en poblaciones de riesgo. Estas evidencias señalan que los niños tienen capacidad para desarrollar un apego adaptativo cuando los padres son capaces de enseñar un modelo emocionalmente apropiado.

Un niño que desarrolla un apego seguro percibirá a sus padres como capaces de hacerle sentir merecedor de cuidado y amor. Sin embargo, un niño con apego inseguro percibirá a sus padres como distantes y emocionalmente inaccesibles (en caso de apego evitativo) o como un apego inconsistente e impredecible (en caso de apego desorganizado).

En el caso de familias de bajo riesgo , el apego seguro es el más prevalente, con una frecuencia del 65%, un 20% de apego inseguro , y una minoría del 15% presentarán apego desorganizado.

En el caso de los niños que han iniciado su primera etapa de vida en instituciones , o que hayan experimentado negligencia o maltrato, las proporciones de apego seguro e inseguro son diferentes. La institucionalización, aún siendo una mejor alternativa comparada con el abandono o el maltrato en el hogar, proporciona un entorno de cuidado inconsistente e insuficiente, a pesar de haber recibido los cuidados básicos .

La proporción de apego inseguro en niños institucionalizados asciende hasta un 82%, tanto de apego evitativo como de apego desorganizado.

En un metanálisis realizado recientemente se han reportado datos de niños trasladados desde instituciones a familias después de haber vivido experiencias negligentes.

Se ha objetivado una mejoría de ciertos parámetros (peso, talla y perímetro craneal), así como un descenso del porcentaje de niños con apego inseguro, sin embargo, el desarrollo emocional no llega a ser del todo completo en una considerable proporción .

Los niños adoptados antes del primer año de edad presentarán una proporción de apego seguro mayor que los niños adoptados después del primer año de edad, aunque se ha comprobado que no llega a igualarse dicha proporción a la de la población normal.

Se ha estudiado en una minoría la vulnerabilidad de estos niños de presentar patología psiquiátrica en la edad adulta. Para ello ponemos como ejemplo un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 22 años de edad, de nacionalidad española, adoptada con 1 año y 4 meses de edad. Se desconoce información del padre biológico. Su madre biológica presenta antecedentes de consumo de tóxicos en el inicio de la edad adulta.

Desarrollo psicomotor normal, y resto de funciones cognitivas dentro de la normalidad.

Su madre adoptiva fallece cuando la paciente tiene 4 años de edad. Reconoce mantener una buena relación con su padre adoptivo, con quien convive.

A los 17 años de edad inicia seguimiento en consultas de psicología por clínica compatible con Trastorno de la conducta alimentaria, y episodios puntuales de autolesiones, que tras meses de seguimiento, remiten dichas conductas.

Estudia Comercio, con buenos resultados académicos. Presenta un círculo amplio de amistades así como pareja estable desde hace 6 años.

En la primera visita a consultas de psiquiatría la paciente refiere ánimo bajo, tendencia al llanto, pérdida de control de impulsos en momentos de frustración, y se define ella misma como una persona emocionalmente inestable.

Durante la anamnesis la paciente confiesa que desde hace un año retoma el contacto con su madre biológica, y que de manera progresiva, han mostrado un acercamiento progresivo, hasta llegar a reconocer que mantiene relaciones sexuales con ella. Verbaliza que se siente cómoda manteniendo esta relación con ella, (cada una mantiene sus respectivas parejas), muestra gran dificultad para asumir que se trata de su madre biológica, con un discurso cargado de indiferencia afectiva.

Se objetiva una personalidad inmadura, inestable y dependiente, que la propia paciente reconoce.

A lo largo de las posteriores visitas la paciente ha ido manteniendo la misma situación, acompañado de un consumo elevado de alcohol que ha ido en aumento, siendo utilizado este consumo como medio para controlar sus comportamientos impulsivos, sin hacer crítica de la relación que sigue manteniendo con su madre hasta el día de hoy.

Como conclusión ante este caso clínico mostrado como adecuado ejemplo sería una buena iniciativa profundizar de manera más consistente en el estudio del vínculo desde el inicio de la infancia, para así poder trabajar de una manera multidisciplinar desde centros o familias de adopción y evitar, o disminuir el riesgo de desarrollo de patología psiquiátrica en la edad adulta intentando crear modelos de apego más consolidados.

BIBLIOGRAFÍA

Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). Manual for the ASEBA preschool forms & profiles. Burlington, NJ: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth, & Families. Albanese, O., & Molina, P. (2008).

Attachment and emotional development in institutional care: Characteristic and catch-up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 72–91. doi:10.1111/j.1540-5834.2011.00628.

A matter of attachment? How adoptive parents foster post-institutionalized children's social and emotional adjustment. Lavinia Barone, Francesca Lionetti & Jonathan Green (2017). *Attachment & Human Development*, DOI: 10.1080/14616734.2017.1306714

Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 397- 400 Brockhoff, B.P. (2016). Package lmerTEST. Retrieved from <https://cran.r-project.org/web/packages/lmerTest/lmerTest.pdf> Cassidy, J., & Shaver, P.R. (2016).

Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications. (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press. Coppola, G., & Camodeca, M. (2010).

Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(01), 87–108. doi:10.1017/S0954579409990289 Dozier, M., & Rutter, M. (2016).

The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435–456. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985).

The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta analytic study. *Child Development*, 83, 591–610. 14 L. BARONE ET AL. Juffer, F., & van IJzendoorn, M.H. (2009).

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 69 - 2º semestre 2020

LA TEORÍA PSICOANALÍTICA EN TRANSFORMACIÓN: DE FREUD A NUESTROS DÍAS <i>Adela Abella</i>	7
“MAL AL COR”. PSICOTERAPIA DE UN ADOLESCENTE CON TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA MEDIANTE TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN <i>Daniel Cruz</i>	17
EL MIEDO EN EL SER HUMANO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA <i>Vicent Pi Navarro, Paula Rodrigo Plaza y Amador Tarazona Martorell</i>	25
ANÁLISIS DE LAS CREENCIAS E IMPACTO DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE LAS PERSONAS ADOPTADAS <i>M^a Carmen Velasco Azkue, Aloña Goiburu Jauregui, Gaizka Ariz Martínez y Leire Ojanguren Rotaetxe</i>	37
LA CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO PSÍQUICO EN PSICOTERAPIA. ¿CÓMO ADAPTAR NUESTRA INTERVENCIÓN? <i>Alejandro Muriel Hermosilla</i>	47
EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA INTEGRADORA <i>Nuria Román Avezuela y María del Valle Martín</i>	65
DESARROLLO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE UNA PARENTALIDAD TRANSGÉNERO <i>Sergio Martín Tarrasón</i>	73
PSICOSIS PUBERTARIA <i>Cristina Tormo Martín</i>	95
VÍNCULO TRAS EL RECHAZO EMOCIONAL POSNATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Ingrid Ximenez de Embun Ferrer e Idaira Izquierdo Hidalgo</i>	113
“ADOPTAR ES CAMBIARLE LA VIDA A ALGUIEN”: VIVENCIAS DE ADULTOS ADOPTADOS EN LA INFANCIA <i>Estefanía Rodríguez Rodríguez, Carla Trabucco Risquez y Angelita López</i>	125
APEGO Y ADOPCIÓN : LA EVOLUCIÓN HACIA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Claudia Noval Canga, Adrian Alonso Sánchez y Gema Medina Ojeda</i>	137

SEPYRNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE