

REVISTA  
**INDE**

Psicoterapia psicoanalítica relacional

# Psicopatología en la infancia y la adolescencia

Nº 5 - Septiembre 2022

## DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Director: Amador Tarazona  
Vocales: Paula Rodrigo,

Secretaria Clínica INDE  
Difusión: Clínica INDE

## DIRECCIÓN TÉCNICA

Director: Vicente Pi Navarro

Directores asociados:

Manuel Sides,  
Encarna Amorós  
Juan Larbán  
Alicia Leisse

## SUBDIRECCIÓN

Raquel Sanchis (Gestalt)  
Sara Polo (Educación)  
Remei Balbastro (Logopedia)  
Berni Lerma (Filosofía)

## COORD. GEOGRÁFICO

Julio Nestor Galindo (Colombia)

## EQUIPO EDITORIAL

Sara Polo (Organización de eventos)  
Amador Tarazona (Diseño y maquetación)

## IMAGENES

Imágenes gratuitas ofrecidas por PixBay.

## DEPÓSITO LEGAL

ISSN 2660-795

6 pág

EVOLUCIÓN CLINICA DEL FUNCIONAMIENTO  
AUTISTA EN EL NIÑO

Juan Larbán Vera

26 pág

REVISIÓN: UN CASO DE TRASTORNO DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN E HIPERACTIVITAT.

Sara Polo Hernández

48 pág

PREGUNTAS A WINNICOTT

Raquel Sanchis Ros.

76 pág

NOTICIAS

Paula Rodrigo Plaza

## EDITORIAL:

La práctica clínica lleva mucho tiempo dominada por la hegemonía de los manuales diagnósticos DSM y CIE. Ambos apostaron por una nosografía de un marcado corte médico que, bajo la pretensión de neutralidad y objetividad, se configuraron como clasificaciones ateóricas, sin reparar que esa decisión ya constituía en sí misma una apuesta teórica. Dichas clasificaciones se convirtieron en descripciones sintomáticas, que fueron agrupándose, en síndromes y epígrafes. Como en cualquier situaciones de nuestra vida cotidiana, elegir implica necesariamente rechazar. Quedaron fuera aspectos esenciales a la hora de comprender las distintas afecciones cognitivas, emocionales y relacionales. Al igual que un dolor de cabeza es un síntoma que se puede presentar en casos de resfriados, gripes o fiebres, es igualmente común en cuadros de tensión muscular de hombros, cuello y mandíbula causados por el estrés, puede estar relacionado con la depresión, o evidentemente con un traumatismo craneal y señalar problemas de mayor gravedad como tumores o hemorragias cerebrales. Un síntoma, por sí solo, es un síntoma, nada más. Dejar de lado factores causales y sobre todo los procesos psicopatológicos subyacentes, en pro del consenso profesional, quizás no sea la decisión más acertada, sobre todo si tenemos en cuenta que muchos tratamientos están directamente influenciados por la propia concepción de la enfermedad. Los artículos que hemos seleccionado en el presente número apuntan en esta dirección.

Quisiera aprovechar la oportunidad para defender la apuesta de el grupo de trabajo OPD, quienes hace ya 30 años crearon un manual diagnóstico que intentaba complementar a las ya mencionadas clasificaciones. Apostaron por un diagnóstico basado en 5 ejes: vivencia de la enfermedad, relación, conflicto, estructura y trastornos psíquicos y somáticos. Aunque de un marcado corte psicodinámico, representa una alternativa a los manuales tradicionales, al incluirlos en un marco mas amplio que tiene en cuenta los procesos psicológicos subyacentes a los distintos trastornos. Un claro ejemplo, de como podemos seguir progresando en la concepción de la enfermedad mental.

Caso especial lo constituye la clínica infanto-juvenil. A excepción de determinados trastornos cuyas primeras manifestaciones se producen en la infancia y la adolescencia, ha quedado a la sombra de las clasificaciones generalistas, y eso a pesar de que muchos profesionales a lo largo de los últimos 50 años han señalado la importancia de su especificidad. No se deprime del mismo modo un adulto que un niño. Queda mucho trabajo por hacer si queremos enfrentarnos a un problema que cada vez es mas frecuente en las sociedades actuales.

Amador Tarazona Martorell  
Coord. Editorial  
Clínica INDE.



# EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO

AUTOR: Juan Larban Vera<sup>1</sup>

**RESUMEN:** Este texto fue escrito en 2011 y revisado en marzo del 2022 para su publicación en esta revista. El autor aborda en este artículo el funcionamiento psíquico (defensivo) autista temprano que se va instalando progresivamente en el niño, así como su evolución clínica, desde una perspectiva psicopatológica relacional. Se aleja de esta forma de la concepción meramente descriptiva, sintomática y atórica de las clasificaciones diagnósticas (DSM, ICD) de los trastornos mentales vigentes en la actualidad. Este posicionamiento permite una mejor y mayor comprensión de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) así como del funcionamiento psíquico y del sufrimiento de quien los padece junto con su familia. El autor recupera en este trabajo la categoría diagnóstica de las psicosis infantiles (autista, deficitaria, disociativa y simbiótica) -desaparecidas de las citadas clasificaciones internacionales- que tanto ayudan a comprender las diferentes formas clínicas de presentación del funcionamiento autista facilitando un adecuado tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Autismo. Clasificaciones diagnósticas. Funcionamiento psíquico interactivo (defensivo) autístico. Comprensión psicopatológica relacional de los TEA. Psicosis infantiles. Diagnóstico y tratamiento.

1.- Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos.  
Ibiza. (contacto: [juan.larban@gmail.com](mailto:juan.larban@gmail.com))

## UTILIZACIÓN CLÍNICA DE LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS DSM-IV Y CIE-10.

Los trastornos del espectro autista, TEA, forman parte de los trastornos generalizados del desarrollo, TGD, en las clasificaciones diagnósticas internacionales DSM-IV, (APA, 1994) y CIE-10, (WHO, 1992-93). Bajo el paraguas terminológico de trastornos del espectro autista se agrupan varios síndromes clínicos (conjunto de síntomas y signos que caracterizan un determinado trastorno) en los que se manifiesta con diferente grado de intensidad y de gravedad así como de cronicidad, el trastorno del funcionamiento autista. Al introducir la noción de Trastornos del Espectro Autista, (TEA), se ha intentado señalar la noción dimensional de continuo evolutivo más que de una categoría diagnóstica; sin embargo, en la comprensión y aplicación clínica de las clasificaciones diagnósticas se confunden ambas nociones con cierta frecuencia.

La formación clínica adquirida “a la sombra” de dichos manuales estadísticos de clasificación diagnóstica, diseñados en principio para su utilización en estudios epidemiológicos, o la basada en la aplicación de protocolos, al mismo tiempo que sus ventajas, consenso diagnóstico y de lenguaje clínico, tiene el inconveniente de generar cierta confusión en el diagnóstico y una desviación en la forma de ver, comprender, interpretar, aprender y aprehender, (hacer suya) la clínica, con la consiguiente influencia que esto tiene en su aplicación, es decir, en las respuestas clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas que damos a nuestros pacientes y sus familias. Estas clasificaciones diagnósticas, a diferencia de la francesa y similares, no presuponen la existencia, como fundamento de cualquier clasificación psicopatológica, de una psicología clínica, ni la existencia de una teoría del funcionamiento psíquico normal cuyas desviaciones constituyen la psicopatología. Por el contrario, consideran la patología mental como un trastorno exclusivamente fisiológico tanto si es real como supuesto. Además, estos sistemas de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales con sus correspondientes manuales de instrucciones, si bien han contribuido a unificar el criterio diagnóstico entre los profesionales de la salud mental, han favorecido también la creación y la difusión de un falso saber sobre la psicopatología. Lo relacional del proceso de la observación diagnóstica se convierte en algo puramente instrumental y en un mero sistema clasificatorio basado

en criterios descriptivos, (Larbán, J. 2008).

Veamos lo que dice respecto a los protocolos y los sistemas de clasificación diagnóstica uno de los pioneros en España de la Psiquiatría Infantil:

“Protocolizar es en resumen, el registro ordenado de actos. Los protocolos aplicados en Salud Mental Infantil son como la democracia, imperfectos pero necesarios. No son la panacea, como algunos, con espíritu «snobista» y postmoderno pretenden. Sin embargo es indiscutible que pueden ser útiles y hasta imprescindibles en el trabajo diario de un equipo que trabaje en la sanidad pública. Facilita el lenguaje homogéneo, permite una recogida y transmisión de información con fines clínicos y epidemiológicos, permite un control de tratamientos, la coordinación de una educación especializada, la detección precoz de problemas de Salud Mental y el desarrollo de los aspectos psicosociales en los programas generales y específicos de promoción y protección de la salud. El error imperdonable sería creer que todo el quehacer en Salud Mental Infantil y en Psiquiatría Infantil puede contenerse y reducirse a los Protocolos. Ello sería igual de peligroso que pensar que la DSM-III-R y la IV o la ICD-9 y 10 son manuales para el diagnóstico. El clínico sea cual sea su procedencia profesional-médica, psicológica, de enfermería, pedagógica, servicios sociales, es el que se sienta junto al enfermo (en el lecho = klinos) frente por frente, cerca de la persona y de una manera libre y personalizada. Quien se centra en los protocolos se aleja de la clínica, de los problemas reales, y pierde libertad” (Rodríguez Sacristan, J. 1995).

Los sistemas de clasificación diagnóstica mencionados, por la forma en que son utilizados en su aplicación clínica, han sido confundidos con manuales de formación en psicopatología y utilizados como tales, hasta tal punto, que lo que no se encuentra en estas “Biblias”, no existe para muchos de los profesionales de los servicios de salud mental que se han formado y se están formando actualmente según este modelo. No es raro ni infrecuente, escucharles decir a estos profesionales, que los trastornos de personalidad no existen hasta los 18 años, que es cuando constan en estos sistemas clasificatorios. Por mi parte, considero que la constitución y desarrollo de la personalidad del ser humano, aquello que le hace persona y sujeto singular, a la vez que similar a otras personas de nuestra especie, forma parte de un proceso evolutivo que en estrecha

interacción con su entorno, empieza como mínimo con el nacimiento, y termina con la muerte.

Los trastornos mentales, incluidos los trastornos de la personalidad, desde el modelo diagnóstico y terapéutico que defendemos, serían comprendidos y abordados desde una perspectiva relacional, evolutiva, biográfica y psicopatológica del sujeto que los padece. Desde una perspectiva psicológica y psicopatológica relacional, las manifestaciones clínicas estables y duraderas del trastorno autista que clásicamente se reagrupan -en los niños mayores y en los adultos- en la llamada “triada de Wing”, (en homenaje a Lorna Wing, su descubridora) es decir, las dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal, y un patrón restringido de intereses o comportamientos, serían la consecuencia de un proceso psicopatológico mucho más precoz que desarrollándose desde sus primeros meses de vida, se podría detectar en el primer año de vida del niño. La palabra autismo se asocia con frecuencia con la imagen estática del autismo de Kanner, el más grave y de peor pronóstico. Sin embargo, el funcionamiento autista del niño afectado constituye un proceso psicopatológico que lo ha ido alejando progresivamente a lo largo de su vida de una evolución sana en su desarrollo psíquico y cerebral.

Para efectuar una temprana intervención que pueda evitar el inicio del funcionamiento autista en el bebé así como la instalación en su psiquismo, tendríamos que basarnos en el estudio y tratamiento de las alteraciones precoces de la interacción cuidador- bebé que dificultan o impiden el acceso de este último a una necesaria integración perceptiva del flujo sensorial que le llega por diferentes canales sensoriales para lograr hacerse una imagen interna de la realidad percibida, así como las perturbaciones interactivas que dificultan o impiden el acceso del bebé a la inter-subjetividad que es la capacidad de compartir la experiencia vivida.

Juan Manzano ha publicado artículos muy esclarecedores a propósito de estos sistemas de clasificación, comparándolos con el método que han desarrollado desde hace años, junto a Francisco Palacio y Bertrand Cramer, en los servicios de psiquiatría de Ginebra en Suiza, método diagnóstico psicodinámico que tiene en cuenta a la globalidad de la persona en su contexto, así como su biografía, para evaluar, comprendiéndolo, su funcionamiento mental y no solamente sus síntomas. Método conocido como “la

evaluación psicopatológica estructural”: “Para nuestra clasificación, la unidad a clasificar no es un signo o una suma de signos, sino una estructura, un conjunto de elementos relativamente estables entre ellos. Buscamos pues organizaciones globales teniendo en cuenta todos los elementos posibles, (Manzano, J. 2004, Manzano, J. 2005). En cuanto a la evaluación diagnóstica, continúa explicando Juan Manzano:

“La evaluación psicopatológica supone observar la relación del niño con el terapeuta. Al contrario de la DSM, no se trata de un método «digital» -presencia/ ausencia- de un signo, sino de percibir y registrar todos los aspectos del funcionamiento: normales y desviados, orgánicos y sociales, y construir una síntesis única, incluyendo lo no formalizado (la incertidumbre).

“No se trata pues de sumar o restar, sino de descubrir una configuración, una fórmula personal que nos permita comprender y plantear una indicación terapéutica. (Solamente más tarde podremos o no, por razones estadísticas o de investigación, planteamos el parentesco aproximativo de esta configuración con una de las configuraciones generales de la clasificación)”.

En cuanto al tratamiento:

“Para nosotros, el tratamiento -como la evaluación- es necesariamente relacional. Puede incluir otras medidas farmacológicas, sociales o educativas, pero conserva siempre como objetivo fundamental, el establecimiento de una relación, y garantizar su continuidad el tiempo necesario. Ello puede hacerse en centros de día o equivalentes y, particularmente, en la psicoterapia.

“Actualmente el papel central de la psicoterapia en los tratamientos psiquiátricos es, en general, admitido, ya sea sola o combinada con otras medidas. Incluso en el tratamiento farmacológico de los graves trastornos psicóticos del adulto, aparece una potenciación de los resultados si se asocia una forma de psicoterapia. Es la vieja «fuerza del verbo», el sistema de comunicación superior y más desarrollado de nuestra especie”.

“La experiencia clínica acumulada nos permite actualmente ampliar las formas de aplicación de la psicoterapia adaptándola a diferentes indicaciones -grupales, familiares-, psicoterapias breves y consultas terapéuticas. Se trata de apoyarnos sobre las situaciones reales de las demandas de ayuda”.

En lo que respecta a la formación:

“Nuestro modelo de evaluación, comprensión y tratamiento exige una formación consecuyente”.

“Quizás no somos en eso competitivos con otras concepciones. Pero eso si, nuestra formación es, sin duda, la más interesante”.

“La formación reposa en las cuatro bases clásicas: 1) Training para la evaluación diagnóstica estructural. 2) Seminarios teóricos y de lectura de la psicopatología, tanto descriptiva como psicodinámica, y de los textos seleccionados de autores fundamentales sobre la psicoterapia psicoanalítica. 3) Supervisiones y, 4) Experiencia analítica personal”.

Creo, -como apunta Juan Manzano en el artículo mencionado cuya transcripción está recogida entrecomillas- que actualmente se está perdiendo de vista la concepción clínica y fenomenológica de la psicopatología y lo que es más grave, la concepción humanista y relacional de la misma. “Para mi, dice Manzano, esta psiquiatría, psicología y psicopatología relacional y humanista significa esencialmente el considerar a la persona como un todo –que no es la suma de las partes- y, también, plenamente individualizada: con un contexto social, familiar y una historia que son únicos. No es, pues, exclusivamente un enfermo, un síntoma o un conjunto de síntomas desencarnados de su totalidad”, (Manzano J. 2004, Manzano, J. 2005). Veamos ahora algunos ejemplos que ilustran lo comentado anteriormente:

Hay bastantes niños con Síndrome de Asperger diagnosticados de TDAH (trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad) según el protocolo vigente que no discrimina suficientemente el diagnóstico diferencial entre uno y otro al no tener en cuenta el continuo evolutivo del niño.

En el diagnóstico de TDAH, visto como síndrome, es decir, como un conjunto de síntomas, se incluyen, como en un “cajón de sastre”, tanto los niños con un funcionamiento psicótico, como por ejemplo, los afectados de psicosis disociativa, como los que padecen también dicho síndrome, sin tener en cuenta que puede ser una manifestación defensiva de tipo maníaco o hipomaníaco contra la depresión, y como tal, una de las manifestaciones clínicas del Trastorno Límite (o fronterizo) de la Personalidad. El abordaje terapéutico

tanto en el aspecto psico-farmacológico como psicoterapéutico es diferente en un caso y en otro. Sin embargo, desde la visión nosográfica y no estructural, (de la personalidad de base del niño/a), el tratamiento indicado puede ser el mismo para uno y otro.

Respecto a este tema de la confusión y profusión diagnósticas que tenemos hoy día del TDAH o TDA, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el primer caso y Trastorno por Déficit de Atención en el segundo caso, vemos perplejos cómo se ha creado una nueva enfermedad que dicen es de origen biológico, que requiere por tanto y fundamentalmente de un tratamiento psicofarmacológico, para designar y tratar en la actualidad, un trastorno antiguo y conocido, (Tizón, J. L. 2007). Trastorno llamado desde hace muchos años en psicopatología, “síndrome de inestabilidad o de agitación psicomotora”, (Lasa, A. 2006) y presente como ahora en el TDAH y el TDA, en organizaciones de la personalidad de tipo psicótico, fronterizo o neurótico, elemento fundamental que hay que conocer para hacer un diagnóstico biográfico, estructural y en profundidad, si queremos saber verdaderamente lo que le pasa a la persona que sufre de dicho síndrome, así como a su familia.

“Un diagnóstico adecuado es lo que permite poner en marcha un tratamiento acertado” (Lasa, A. 2007). Tratamiento que tiene que tener en consideración la personalidad y el funcionamiento psíquico del niño, su biografía, su vida en los diferentes contextos en los que se manifiesta, sus capacidades, su potencial de posibilidades y también sus limitaciones, además de prestarle el apoyo psicoterapéutico, psicosocial y psicofarmacológico adecuados, apoyo que conviene que sea siempre, el mínimo necesario. Sin olvidar en estos casos el necesario apoyo y acompañamiento terapéutico que la familia (Icart A. 2007) también necesita para cambiar las actitudes, y corregir las alteraciones o desarmonías que predisponen y/o contribuyen a estructurar este tipo de trastorno. La base de este trastorno del que hablamos, presente en diferentes organizaciones de la personalidad, era y es hoy día a mi juicio, la dificultad de contención, elaboración, integración y canalización de la ansiedad, que deriva de la temprana alteración del funcionamiento de la barrera para-excitación, barrera psíquica protectora que le presta el cuidador al bebé hasta que éste va constituyendo la suya propia. Barrera que filtra tanto los estímulos internos como externos para poder integrarlos, y evitar el consiguiente

desbordamiento pulsional. Barrera también necesaria en el bebé, para la constitución de un “continente psicosomático” con límites entre lo interno y lo externo, entre lo que es uno y otro. Este continente sería la base fundamental para que haya en su interior un contenido interno que permanezca. Continente necesario para que las representaciones mentales (simbolismo y función simbólica) de la realidad exterior y de nuestra interacción con ella, tengan cabida en nuestro interior, y para que además, se desarrollen en nuestro mundo interno. Pienso que en este caso estamos hablando de la misma realidad aunque percibida de forma diferente y con diferentes denominaciones, que inexorablemente, orientan el diagnóstico y tratamiento en direcciones diferentes.

Otros niños con Síndrome de Asperger están siendo diagnosticados de Trastorno de Lenguaje con la aplicación instrumental de su correspondiente tratamiento; de tipo farmacológico en el caso anterior y de tipo logopédico en este caso, dejando de lado y sin tratar el funcionamiento autista del niño. Se diagnostican síndromes y se tratan síntomas pero la psicopatología de base queda sin diagnosticar y sin tratar. Se les proporcionan prótesis para andar por la vida, sin ayudarles a desarrollar las funciones psicológicas y relacionales básicas que les faltan.

Hay niños que mediante estos tratamientos de tipo instrumental consiguen acceder al mundo del lenguaje pero muchos de ellos siguen utilizando pensamiento, lenguaje y movimiento de forma “rara” por lo desconectada del contexto en que se producen. Utilizan esas capacidades adquiridas como “objetos autísticos” además de no poder conseguir desarrollar suficientemente la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro y consecuentemente, la capacidad de empatía. Cuando escucho hablar de autismo y sobre todo si se utiliza como referencia clínica las clasificaciones diagnósticas mencionadas, se diría que dentro del Espectro Autista estamos en presencia de distintos síndromes relacionados con el autismo pero separados y diferenciados de él. La visión, mas allá de los síntomas, que la experiencia clínica y la formación, me han ido proporcionando a lo largo de los años me ha llevado hacia un camino diferente en la comprensión del funcionamiento autista en el niño y en el adulto. Cuando hablo de funcionamiento autista, me refiero a un funcionamiento defensivo, no evolutivo, anti-relacional y anti-comunicativo y de tipo psicótico,

debido a la naturaleza profunda y primitiva del origen del trastorno, así como debido a la utilización y establecimiento de defensas muy primitivas y arcaicas, (Geissmann, Cl. 2008; Corominas, J. 1998; Corominas, J.; Fieschi, E.; et al, 2008; Larbán, J. 2008).

Estas defensas, que protegen a la vez que impiden el desarrollo del niño, a medida que se van estableciendo y consolidando, van generando y aumentando toda una serie de deficiencias, cognitivas, relacionales, emocionales, sociales y conductuales en el funcionamiento psíquico y cerebral del niño, al mismo tiempo que van constituyendo y formando parte de su personalidad.

Desde la perspectiva que me ha dado la experiencia clínica cotidiana, los diferentes síndromes relacionados con el autismo serían formas clínicas y modalidades evolutivas del funcionamiento autista en el niño.

El Síndrome de Asperger, también llamado “autismo de alto rendimiento”, sería una forma clínica evolucionada del funcionamiento autista en la que el niño desarrolla toda una serie de habilidades, sobre todo cognitivas y de lenguaje, que funcionan como un instrumento protésico que le va permitiendo avanzar en ciertas áreas de su funcionamiento psíquico pero quedando sin resolver el problema de fondo de su funcionamiento defensivo-autístico.

En el caso del Síndrome de Rett en el que como en el caso anterior parece existir una relación con alteraciones genéticas, cabe preguntarse si lo autístico de este “cuadro clínico” no tendría que ver con la constitución y desarrollo de ese mismo tipo de funcionamiento defensivo de tipo autista.

El Trastorno Desintegrativo de la infancia lo veo más bien como un proceso defensivo- autístico de carácter regresivo, secundario a una vivencia de pérdida de “objeto”, (cuidados, cuidador), así como de la relación de “objeto”, (relación con el cuidador de referencia) en un momento evolutivo del niño, (de 12 a 36 meses, aunque más frecuente alrededor de los 15 meses), en que la representación interna del “objeto” perdido no está suficientemente constituida ni desarrollada en un niño vulnerable por insuficiente constitución y desarrollo del vínculo de apego con la persona de referencia que lo cuida, y con puntos de fijación o núcleos autísticos que habían pasado desapercibidos hasta entonces.

Este movimiento evolutivo de carácter regresivo es de naturaleza defensiva. El niño, ante la vivencia de pérdida y sobre todo de un “encadenamiento” acumulativo de pérdidas, se retrae y se repliega sobre si mismo, se aísla, y se retira de la relación con el otro. Depende de la resiliencia del niño (capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas) y de la reacción del entorno cuidador el que éste movimiento regresivo sea transitorio o adquiera carácter de gravedad y permanencia. En cuanto al Autismo Atípico, la experiencia clínica me ha llevado a considerarlo como la presencia de rasgos de la personalidad o núcleos de funcionamiento defensivo- autístico en el niño que va saliendo, o ha salido parcialmente de su “encierro” autista. Estos niños pueden evolucionar hacia una apariencia de relativa normalidad pero con secuelas más o menos graves y permanentes. La más característica y frecuente es la dificultad de establecer una relación de empatía con el otro. Bastantes de estos niños, de adultos, presentan una organización “límite” de la personalidad de carácter inestable, con afectación narcisista y posibles descompensaciones de tipo psicótico, alternando con la sensación amenazante y casi permanente de hundimiento psíquico, de pérdida del sentimiento de continuidad de su existencia y de pérdida del sentido de realidad. En su tratamiento psicoanalítico, estos niños y adultos, a través del vínculo transferencial, nos permiten entrar en contacto con esos mecanismos de defensa y núcleos autísticos de los que hablábamos anteriormente, (Ver viñeta clínica en anexo).

En un interesante libro sobre los procesos mentales primarios, varias destacadas profesionales que se ocupan de este ámbito en España, nos muestran de forma muy ilustrativa y didáctica, tanto las implicaciones psicopatológicas como las consideraciones técnicas que hay que tener en cuenta a la hora de abordar terapéuticamente y educativamente a las personas afectadas por núcleos de funcionamiento mental primarios y no mentalizados. Las ansiedades catastróficas primitivas que no se elaboran en el momento oportuno se encapsulan, pudiendo reaparecer en situaciones de inestabilidad y cambios, tanto en otros momentos de la infancia como de la adolescencia y edad adulta. Estos núcleos serían la expresión de áreas de la personalidad indiferenciadas que dificultan el desarrollo y la maduración humana, (Corominas, J.; Fieschi E.; Grimalt, A.; Guàrdia, M.; Oromi, I.; Palau, M.; Viloca, Ll. 2008).

El grave riesgo que estamos corriendo con la utilización que se está haciendo de estas guías de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales como referentes casi exclusivos y excluyentes de la formación de los profesionales en psicopatología sería el considerar que lo que no está incluido en tales guías no existe en la clínica. Tenemos entre otros el ejemplo de la desaparición del concepto de psicosis infantiles y el hecho de que como consecuencia de ello, ya no se suele hablar de psicosis al referirnos al autismo. Pienso que en este y otros casos, estas guías son muy vulnerables y manipulables en cuanto a la utilización ideológica disfrazada de “científica” que se está haciendo de ellas para orientar la realidad clínica hacia una “especial y específica” forma de ver y comprender tanto la psicopatología como al ser humano, (Larbán, J. 2011).

### EVOLUCIÓN HACIA EL FUNCIONAMIENTO AUTISTA.

La incapacidad del niño para desarrollar distintas funciones evolutivas esenciales para su maduración y desarrollo, tanto psíquico como cerebral, así como para su relación con el entorno, debida a factores constitucionales y también, a la imposibilidad del entorno cuidador de facilitarle y posibilitarle dicha tarea, coloca al niño en una posición de desamparo, dolor e indefensión. Las vivencias arcaicas (Geissmann Cl, 2008) intolerables, no integrables ni elaborables, de tipo catastrófico, tales como la desaparición, la disolución, la sensación de no existir, llevan al niño a protegerse con mecanismos de defensa de tipo psicótico (desde la evitación y rechazo inicial de la relación y comunicación emocional con el otro, el niño puede evolucionar hacia la utilización de unas defensas anti-separación-diferenciación, cada vez más específicas del funcionamiento psicótico tales como la renegación, desmentida, repudio de la realidad, del otro, de la existencia del otro y de su necesidad de la relación con el otro para desarrollarse como sujeto, “forclusión”, según término re-elaborado por Lacan), y de tipo autista, que lo aíslan progresivamente de su entorno, encerrándolo en una especie de fortaleza “vacía”, (Betthelheim B. 2001). Vacío y ausencia de límites que lo llevan a la auto-estimulación sensorial y a la búsqueda de la inmutabilidad para negar su existencia y su presencia. Negar la existencia del otro separado y diferente de él. Evitar conectar con el mundo del otro, con el mundo emocional del otro por su impredecibilidad. Evitar la conexión con algo que pudiera tener un significado que

lo podría introducir en el mundo de la subjetividad, del pensamiento y de lo simbólico.

El niño con funcionamiento psicótico reconoce lo simbólico y lo combate. Lo simbólico es rechazado, combatido y destruido por él ya que representa la ausencia del objeto simbolizado, una separación y distancia o lejanía del objeto real que no puede soportar y que busca neutralizar y destruir, o hacer desaparecer. De esto deriva la utilización que puede hacer del lenguaje y en general con todo pensamiento abstracto, desarticulándolos y haciéndolos incomprensibles, o la utilización de los garabatos con los que cubre sus dibujos si llegan a representar algo para él. Al no poder tolerar el vacío, pues ellos parecen ser y sentirse por momentos el vacío y en el vacío, no pueden vivir la ausencia del objeto-sujeto relacional, condición necesaria para acceder a su representación mental. Las defensas que lo protegen le encierran a su vez en un funcionamiento patológico cronificante, que impide su desarrollo.

#### FORMAS CLÍNICAS EVOLUTIVAS DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA

Las formas de evolución clínica de la psicosis autista en el niño, tienen distintos grados de gravedad en función del nivel de retraimiento y de desconexión que presente el niño. Dicho de otro modo, la gravedad depende del grado de intensidad, de duración y del carácter masivo de sus defensas autistas. La psicosis autista del niño puede evolucionar de más a menos gravedad, según el tipo de funcionamiento defensivo predominante en el niño. La evolución del funcionamiento autista en el niño puede ser progresiva, regresiva y fluctuante entre ambos, (Larbán, J. 2010).

Los niños con evolución progresiva del funcionamiento autista, serían aquellos que desde las primeras semanas muestran una evolución progresiva hacia un funcionamiento autista que se va instalando lenta y progresivamente en el funcionamiento psíquico y cerebral del bebé.

Los niños con evolución fluctuante del funcionamiento autista, serían los que alternan algunos momentos de acceso a la Inter-subjetividad primaria, (primer semestre), es decir a la comunicación social y emocional con el otro gracias sobre todo a la insistencia del cuidador, con otros de repliegue, aislamiento, desconexión emocional y relación “inter-objetiva” (con

objetos), mas que Inter-subjetiva con el otro, (Maestro S., Casella C., Milone A., Muratori F., Palacio-Espasa F. 1999). Estos niños, en el segundo semestre, son incapaces la mayor parte del tiempo de acceder a la Inter-subjetividad secundaria basada en la triangulación relacional que permite la atención compartida con el otro hacia un objeto externo. Este importante progreso evolutivo, el acceso a la Inter-subjetividad secundaria, permitirá al niño sano desarrollar la capacidad de relación no solamente con el otro y con lo otro, que ocupa el lugar de un tercero, sino también su integración grupal y social. La correcta aplicación de las escalas de evaluación teniendo en cuenta el continuo evolutivo del bebé, nos permite detectar y diagnosticar también, y precozmente, la evolución hacia un funcionamiento autístico de carácter fluctuante-progresivo en el niño.

Los niños con evolución regresiva del funcionamiento autista, serían esos niños que durante el primer año de vida logran acceder de forma fluctuante, (que suele pasar desapercibida para su entorno), a cierto grado de Inter-subjetividad primaria y secundaria pero con “anclajes” poco sólidos y duraderos en su psiquismo. Estos niños, con una débil capacidad de resiliencia, muy buenos niños, que se presentan como “apagados”, con poca iniciativa relacional en el plano social y dependiendo mucho del adulto cuidador para ello, ante situaciones traumáticas de pérdidas que afectan a la cantidad y calidad de la presencia interactiva con ellos de su cuidador de referencia, hacen una regresión psíquica, con pérdida de las adquisiciones logradas hasta entonces en los aprendizajes, en el lenguaje y en la relación social, se repliegan en si mismos y se encierran progresivamente en un funcionamiento autista.

Encadenamientos de pérdidas, externas e internas tales como una ausencia prolongada y/o repetida del cuidador o cuidadores de referencia para el niño, pérdidas vividas por el cuidador que desembocan en un proceso de duelo de tipo depresivo con desconexión emocional, pérdida del lugar y la presencia de un tercero etc., pueden desencadenar en el niño, para protegerse del sufrimiento, vacío y desorganización internos, una vuelta al funcionamiento defensivo de tipo autístico. Su frágil vinculación con el otro y con lo otro, diferente del nosotros, de lo que somos tú y yo, así como su dificultad para mantener una imagen interna del otro ausente, hacen de estos niños unos sujetos muy vulnerables a este tipo de pérdidas.

La capacidad de recuperar lo perdido en el niño depende en estos casos de la comprensión empática del entorno cuidador y de la forma como aportan o no, la seguridad relacional necesaria para que el niño que se encierra en un funcionamiento autístico pueda superar sus miedos y angustias catastróficas y abrirse de nuevo a la interacción con el otro, recuperándolo de nuevo en su interior.

## FLUCTUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO AUTISTICO EN EL NIÑO/A

Hay que tener en cuenta que las actitudes del entorno cuidador facilitando u obstaculizando el desarrollo del bebé así como las capacidades o dificultades del bebé para comunicarse con su entorno no son algo constante e inmutable. Esto supone admitir que el bebé, en situación de riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista, incluso en el peor de los casos, puede tener acceso a momentos en los que sea capaz de vivir aunque sea de forma fugaz y transitoria la experiencia de la Inter-subjetividad, es decir, la capacidad de compartir lo vivido con el otro. La “coraza o armadura” defensiva con la que intenta protegerse el niño/a con funcionamiento autista es imperfecta y tiene siempre y en determinados momentos, brechas o rendijas por las que se “cuela la luz” de la interacción positiva y evolutiva con su entorno cuidador. Son momentos de apertura a la interacción y en la interacción con el entorno que representan el acceso, aunque fugaz y transitorio en los casos más graves, a cierto grado de relación-comunicación Inter-subjetiva con el otro. “Suelen ser niños/as no mirados, no vistos, que sufren hasta el fondo, de quienes los otros creen que no están. Pero si están. Sufriendo, dolidos, desesperanzados, frágiles”. Este texto entrecomillado y en cursiva está extraído del interesante libro, “Los otros creen que no estoy. Autismo y otras psicosis infantiles” fruto de una investigación psicoanalítica de varios años realizada por destacadas profesionales argentinas, coordinadas por Velleda Cecchi, (Velleda C., Aparain A., Nian V., Miguez S., Lodeiro Castro A. 2005). La posibilidad o no, de que estas experiencias compartidas sean realidad en la interacción padres-bebé depende de múltiples factores imposibles de predecir y detectar en un “corte” trasversal de la situación existencial del bebé pero son más difíciles de pasar desapercibidos cuando la observación y evaluación del riesgo evolutivo del bebé se hace en un continuo evolutivo que incluye la interacción entre el bebé y su entorno cuidador.

Sin negar la posible influencia de factores constitucionales y genéticos, cuya investigación es de obligado cumplimiento, no podemos sin más, estar a la espera de conocer los resultados de las pruebas biológicas realizadas sin intervenir terapéutica y precozmente sobre la interacción entorno-cuidador-bebé. Esta intervención adecuada de la que hablamos puede ser determinante para el futuro del niño y su familia.

## FORMAS CLÍNICAS EVOLUTIVAS DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO.

Las formas clínicas evolutivas del funcionamiento autista del niño que describimos esquemáticamente a continuación, conviven en mayor o menor grado unas con otras. Es el carácter predominante de un determinado sistema o mecanismo defensivo el que las define de forma “artificial” para entendernos entre profesionales. No obstante, el tener en cuenta esta convivencia de formas clínicas, unas más graves junto con otras menos graves, puede ayudarnos a realizar pronósticos más finos y ajustados, teniendo en cuenta no solamente los aspectos psicopatológicos sino también los más sanos tanto en el niño como en los padres, así como en la interacción entre ellos y su bebé. Cuando hablo de autismo quiero decir que estamos en presencia de una psicosis infantil, (aunque este término haya desaparecido actualmente de las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales), en niños muy sensibles y vulnerables que más que desconectados, están hiperconectados y se defienden como pueden, aislándose de un mundo que perciben y viven como hostil. Evitan el “objeto humano” de forma deliberada y activa con los mecanismos de defensa primitivos que tienen a su alcance. En la psicosis autista, los mecanismos de defensa más empleados son:

1. Defensas anti-relación-comunicación con el otro (repliegue sobre si mismo y retirada relacional duradera con “aparente” desconexión emocional, aislamiento relacional y “ausencia” autísticos).

Para comprender mejor el desarrollo de este tipo de defensas, ver Frances Tustin y su concepto de “Encapsulación autogenerada” desarrollado sobre todo en su libro “Cascarón protector en niños y adultos”. (Tustin F. 1992).

El niño/a que evolucionaría hacia un proceso autístico lo haría pasando de la actitud de ensimismamiento hacia una actitud de retirada relacional duradera con aislamiento y desconexión tanto en el plano emocional y cognitivo como en la comunicación y relación con el otro, lo que daría como resultado la imagen del "bebé mentalmente ausente". Sin olvidar la evitación de la relación y comunicación con el otro a través de la mirada o a través de su repliegue defensivo sobre si mismo refugiándose en el exceso de sueño, signos característicos de dicho funcionamiento autístico.

Además, hay que tener en cuenta que la evitación de la relación y comunicación con el otro puede evolucionar hacia el rechazo, caso de persistir los factores de riesgo en la interacción. Este funcionamiento defensivo y no evolutivo impide en el bebé, la adecuada integración sensorial y como consecuencia de ello, el desarrollo de la Inter- subjetividad que es la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro. Ningún objeto puede ser experimentado como exterior a si mismo, mientras no sea aprehendido por al menos dos modalidades sensoriales simultaneas, lo que subraya la importancia de la comodalización perceptiva o la percepción transmodal, (reunión de las diferentes percepciones que emanan del sujeto-objeto relacional) como agente central del acceso a la intersubjetividad. No hay comodalidad perceptiva posible sin la voz de la persona que ejerce la función materna, la expresión de su rostro y su "holding", (sostén psico-afectivo) como organizadores de esta co-modalidad perceptiva, de ahí el impacto dañino de las depresiones maternas y de la experiencia del "still-face" o "rostro inexpresivo" sobre los procesos de co-modalización. No hay acceso posible a la inter-subjetividad sin comodalidad perceptiva o percepción transmodal, de ahí la importancia del amamantamiento y de los otros equivalentes interactivos como "situación de máxima atracción consensuada" (Meltzer) entre el bebé y su cuidador.

Los trabajos de Meltzer, psicoanalista inglés que ha trabajado amplia y profundamente con niños con autismo, han permitido reconstruir el momento del amamantamiento como un momento "de máxima atracción consensuada" entre el bebé y su madre o cuidador principal. Momento en el que el bebé, gracias al "mantelamiento" o integración de sus sensaciones puede comenzar a percibir a su madre como exterior a él y como la fuente externa de sus diferentes sensaciones ligadas a la situación de amantamiento (el sabor y

olor de la leche, el sabor y olor de la madre, su voz, el ritmo de sus movimientos, la calidad de la forma de acogerlo en su regazo...etc...). El material extraído del tratamiento psicoanalítico de niños con autismo incita a pensar que es porque el bebé, en esta situación particular, y también en otros momentos interactivos importantes y fuertemente investidos durante el día, llega a articular y a juntar los diferentes estímulos sensoriales que emanan del adulto cuidador, pudiendo comenzar a percibir a éste como exterior a el mismo (núcleo primario de inter- subjetividad), razón por la cual quizás, se agarra tanto al seno materno durante el amamantamiento, ya que sería el momento en el que comienza, fugitivamente, a percibirlo, como un objeto externo.

También podemos decir que dicho proceso autístico disminuye considerablemente la resiliencia del niño que lo padece debido a la negación de la necesidad de la interacción con el otro, interacción que es la que en el niño sano permite el despliegue de todo su potencial evolutivo.

2. Defensas anti-integración de los diferentes estímulos sensoriales percibidos, (desmantelamiento sensorial).

El "trabajo" que tiene que hacer el bebé con la ayuda del entorno cuidador en su interacción con él para integrar las partes con el todo y la sensorialidad con la motricidad puede verse severamente afectado con semejante funcionamiento defensivo. La sensorialidad interoceptiva; propioceptiva, vestibular, así como la exteroceptiva; olfativa, gustativa, auditiva y táctil y algo más tarde la visual debido a su complejidad, percibida a través de diferentes canales, requiere un trabajo de integración que va haciendo, que lo percibido al principio separadamente en la comunicación sensorial con la madre pasa a ser percibido de forma integrada (primeras semanas de vida) por el bebé gracias a las respuestas de la madre. Las sensaciones que al inicio el bebé no comprende, poco a poco van cobrando sentido para él. Se podría decir que el bebé va sabiendo de qué va, a qué corresponden y por tanto puede integrarlas como una experiencia global. Por ejemplo; un ruido brusco que asusta al bebé es elaborado por la madre que le devuelve a su hijo una respuesta tranquilizadora a través de su voz, mirada, caricias, posición y tono corporal, etc.

El bebé, a través de una competencia que desarrolla desde los primeros días de vida, la capacidad de percepción transmodal, puede, con la ayuda del entorno cuidador, integrar como ocurre en el ejemplo anterior, estímulos como el ruido, con la voz tranquilizadora, la mirada, y las caricias de la madre que le llegan por canales sensoriales diferentes en un esbozo primitivo de representación mental del objeto madre-consuelo o madre-tranquilizadora por ejemplo. Así, poco a poco el bebé no solamente integra su sensorialidad sino que la vive en su relación emocional con el otro. Es muy conocida la experiencia realizada con bebés de algunos días. Es el caso del bebé que chupa la tetina de su biberón de una determinada forma sin haberla visto antes y que es capaz de orientar de forma preferente su mirada hacia la representación gráfica de esta misma tetina entre otros dibujos de tetinas diferentes.

Podemos deducir de esta experiencia que el bebé es capaz de extraer de sus sensaciones táctiles una estructura morfológica que localiza enseguida en el seno de sus sensaciones visuales, lo que se podría considerar como un esbozo o un comienzo del desarrollo de la capacidad de abstracción en el bebé.

Esta competencia perceptiva temprana del bebé que Meltzer denomina “mantelamiento sensorial” se desarrolla en las primeras semanas de vida si la interacción con su entorno cuidador es adecuada y facilitadora de su desarrollo. Consiste en la utilización de la percepción transmodal para relacionar entre sí, integrándolos en una imagen global, los estímulos que le llegan por los diferentes canales sensoriales, formándose así un esbozo de la imagen del objeto que es la fuente de los estímulos, así como de su interacción sensorial y emocional con él.

Este tipo de integración sensorial que se da espontáneamente en la interacción bebé- entorno cuidador cuando las cosas van bien, lo llamó Donald Meltzer, mantelamiento sensorial con su contrapuesto, el desmantelamiento sensorial que utilizan los niños con funcionamiento defensivo autista como una forma de defensa anti-integración de los estímulos percibidos.

La no integración de la sensorialidad por desmantelamiento sensorial, hace a los niños que desarrollan un funcionamiento autista, hipersensibles a los ruidos como el procedente de un aspirador que le llega amplificado por no estar integrado con otros

estímulos procedentes por ejemplo de la presencia y voz tranquilizadora de la madre. Para protegerse de este tipo de intrusión desorganizadora y devastadora para él, intentará aislarse sensorialmente y auditivamente, “haciéndose” el sordo, (oye pero no atiende) o refugiándose en la autoestimulación sensorial.

Como hemos visto, el desmantelamiento sensorial (Meltzer D.) lo utiliza el bebé como un mecanismo de defensa “anti-integración” de la sensorialidad para evitar vivirla en la interacción sensorial y emocional con el otro. El bebé se “protege” del efecto amenazante y desorganizador de los estímulos tanto internos como externos que no puede contener, ni asimilar, ni elaborar, desarrollando actitudes y conductas contrarias a la integración de esos estímulos que sería lo que se produciría en un bebé con un desarrollo sano. Actitudes que tienen como objetivo en el bebé con funcionamiento autista, el desmantelamiento sensorial de los estímulos percibidos, privilegiando su recepción a través de un solo canal sensorial para no integrarlos. Esta percepción a través de un solo canal sensorial, con su repetición y persistencia, lleva al niño finalmente y por momentos, no solamente a no sentir, (de sentimientos) sino también, a no sentir, (de sensación), en una especie de “anestesia” sensorial similar a lo que ocurre cuando ejercemos una presión fuerte y continuada con los dedos de la mano sobre un objeto; al cabo de un tiempo, dejamos de sentir el contacto con el objeto. La hipersensibilidad a ciertos estímulos sonoros (aspiradora, secador de pelo, etc.) cuando irrumpen de forma violenta e inesperada en su mundo interno muestra hasta qué punto estos niños son hipersensibles a los estímulos de su entorno que penetran su armadura defensiva sin poder comprenderlos ni contextualizarlos.

Ya hemos comentado que un momento privilegiado para la integración sensorial del bebé es la experiencia de amamantamiento u otros equivalentes sensoriales tales como aquellas situaciones interactivas de intenso intercambio lúdico y emocional entre el bebé y su cuidador. La interacción, también emocional, permite al bebé pasar de la sensación al sentimiento y de sí mismo al otro. El riesgo de quedar atrapado en un funcionamiento autista queda así evitado. El equilibrio dinámico entre mantelamiento/desmantelamiento y segmentación del flujo sensorial, (parpadeo o cierre momentáneo de los ojos del bebé) estrechamente dependiente de los procesos de atención, parece situarse pues en el centro de los procesos perceptivos,

puesto que solamente una segmentación de los flujos sensoriales, con ritmos compatibles, entre el bebé y su cuidador, permite el mantelamiento (integración) de las sensaciones, y por tanto el acceso a la intersubjetividad.

La integración sensorial de la mirada, por su complejidad en estos casos, merece que nos detengamos un poco más. Con su mirada, en el primer mes de vida, el bebé percibe sobre todo el contorno de los objetos y personas (formas, continente). A partir de la segunda o tercera semana de vida, va desarrollando una mirada central que se fija sobre todo en el rostro de la madre, su contenido, (triángulo formado por ojos y boca). El bebé está más interesado y por tanto es más capaz de fijar su atención en lo que se mueve, que en lo que permanece estático. A partir del primer mes de vida el bebé va desarrollando la mirada profunda en consonancia con la profundidad de la mirada de la madre, tanto cuando lo mira y lo ve, en su exterior como en su interior, como cuando la madre está ensimismada y en una actitud de ensoñación. El bebé se siente atraído por el misterio que esconde esa mirada, (Meltzer, D. 1990), esa mirada que mira y ve más allá de él, esa mirada de la madre que le desvela y revela su interés por un lugar donde no está él; mirada viva, no ausente ni vacía, ni enigmática, -como ocurriría en el caso de una depresión desconectada-, dirigida hacia el otro, lo otro, (objeto de ilusión, de interés y de deseo) de la madre que no es él. Lugar y espacio para el otro, para el ausente, más allá de la interacción a dos, del nosotros a dos, del tú y el yo. La triangulación, es decir, la presencia del tercero, introduce la tri-dimensionalidad, un espacio con profundidad, continente con perspectiva y con límites, a diferencia del espacio plano y sin límites que perciben y en el que se perciben los niños con grave funcionamiento autista. Por eso para ellos solo existe lo tangible y también por ello son incapaces de ver e imaginar lo que hay tras el objeto (ausencia de continente y por tanto de representaciones mentales, de imágenes internas de objetos) y en el objeto.

La triangulación de la interacción permite también en el bebé, el desarrollo de la capacidad de observación e introspección, además de introducirlo progresivamente en lo familiar, en lo grupal y en lo social.

3. Defensas anti-separación del otro, (identificación adhesiva con el objeto).

Es un término que designa un tipo de identificación narcisista forjado en el marco de los desarrollos postkleinianos. Se relaciona con los fenómenos de imitación que toman en consideración elementos formales y superficiales de los objetos. El funcionamiento mental opera en la bidimensionalidad. La identificación adhesiva se relaciona con dificultades en la construcción de la fantasía de un espacio interno o mental, y de su equivalente en los objetos, que carecerían así de interioridad. Se relaciona también con la construcción de un objeto continente de las distintas experiencias y con un objeto registrado sensorialmente, tomándose como modelo las experiencias de la piel tanto en su función de registro como de límite. Se relaciona además, tanto con un momento en la constitución psíquica del espacio interno, (dimensión evolutiva), como con una modalidad defensiva ante estados de desmembramiento, de disolución, (angustia catastrófica) o de desmantelamiento pasivo ante el fracaso de la función continente del objeto-sujeto relacional. Se refiere también a las experiencias de pasaje del plano sensorio-perceptivo (biológico) al psicológico. La identificación adhesiva se sitúa en el origen del funcionamiento mental y en la construcción de la organización narcisista.

En cuanto a las formas clínicas evolutivas de la psicosis autista, la evolución más grave y de peor pronóstico es la que se orienta hacia una psicosis con predominio de un déficit psíquico y social.

En el caso del niño que evoluciona hacia una psicosis deficitaria, cuando la armadura defensiva que se va desarrollando en el proceso autístico, aislándolo al mismo tiempo que protegiéndolo y encerrándolo, se “abre a la comunicación con el otro, o cede ante el deseo incipiente de comunicarse con el entorno”, el niño, en su vinculación fugaz y transitoria con el objeto-sujeto relacional, destruye para protegerse, como mecanismo de defensa inconsciente y no intencional, las representaciones de los objetos de su interés o deseo, así como las vivencias afectivas asociadas, sin incorporarlas ni interiorizarlas en su mundo interno. En los casos más graves, destruye también las posibles conexiones y relaciones con el objeto. No aprende porque no inviste y además, no incorpora, no interioriza, y en caso de hacerlo, no guarda o no retiene lo incorporado-interiorizado. No queda la huella del objeto, en la memoria. Podríamos llamarlas en este caso, defensas anti-incorporación-interiorización del objeto

de deseo, de atención, de interés, que muestra el sujeto por él. Hay en estos casos de psicosis deficitaria grave el predominio de una identificación adhesiva con los objetos. De la misma forma que el niño en estos casos utiliza la mirada periférica (percepción de contornos) y no central ni profunda, (espacio bidimensional), así se relaciona también con los objetos y personas; con una investidura superficial y adherente hacia ellos. Esta modalidad defensiva llamada identificación adhesiva, tiene por objeto, entre otros, evitar la diferenciación y separación con el “objeto”, es decir, con el otro.

Este tipo de mecanismo de defensa produce una dependencia absoluta del objeto, adhiriéndose a él, sin ningún tipo de existencia separada y sin ningún límite entre el objeto y la persona. Comporta la dependencia extrema a la superficialidad de los objetos, a su apariencia, mostrando quien la padece, gran sensibilidad hacia los agujeros y roturas, ignorando al mismo tiempo el interior y el estado afectivo interno. El coger la mano del otro para utilizarla como una prolongación de si mismo puede considerarse como un ejemplo de identificación adhesiva. Meltzer, que ha acuñado el término de identificación adhesiva, desarrollando la base del concepto de identidad adhesiva de su maestra y supervisora, Esther Bick, dice a propósito de la “Identificación adhesiva”, (Meltzer D. 1974, comunicación personal, 14 de septiembre 2000), “En este estado, el bebé se apega a la superficie del objeto, adhiriéndose a él para obtener un grado rudimentario de seguridad, para combatir ansiedades masivas de rupturas catastróficas en la coherencia del self (si mismo) corporal que se teme podrían resultar en un derramamiento del self corporal en el espacio infinito”, (Meltzer D. 1974).

Cuando el niño autista pasa del funcionamiento defensivo con utilización de la identificación adhesiva a la utilización de la identificación proyectiva está comunicando-se con nosotros aunque de forma primitiva como lo haría un bebé con quien le cuida. “Nos hace sentir para hacernos saber lo que le pasa”, (Torras E. 2006).

En este artículo de 2006, Eulalia nos muestra lo importante que es en el trabajo psicoterapéutico con estos niños, el prestar sumo cuidado y atención a lo que despiertan en nosotros para saber, a través de lo que sentimos, cómo se pueden sentir ellos sin saberlo, y sin poder comunicarlo verbalmente.

La identificación proyectiva es un mecanismo, mediante el cual el sujeto atribuye al objeto un aspecto de sí-mismo y los afectos consiguientes. Es la manera mediante la cual lo contenido pasa al objeto. El concepto de continente y contenido en psicoanálisis está relacionado con la identificación proyectiva. Klein señala que la identificación proyectiva es un mecanismo interno y mental; Bion anota que posiblemente desempeñe un rol necesario en toda comunicación, incluso en la empatía, como señala Sandler. La Identificación Proyectiva Positiva es aquella que favorece la relación empática entre el sujeto y el otro; por lo tanto, permite una comunicación y entendimiento porque puede lograr que el otro se ponga en tu lugar, (resonancia afectiva). En los casos en que los niños con funcionamiento autista utilizan de forma inconsciente y en la interacción con el otro, la identificación proyectiva con predominio sobre la identificación adhesiva, su evolución es más favorable.

Otra evolución posible de la psicosis autista es la que conduce hacia una psicosis disociativa con predominio de este mecanismo de defensa. Cuando el niño/a, sale de sus defensas autistas, el objeto externo de su interés es investido de forma fugaz, parcial y transitoria de modo que la relación con el mismo es fragmentada y dispersa. El niño utiliza la identificación disociada y fragmentada que vive en su relación con los objetos como mecanismo de defensa contra la fusión y a la vez contra el proceso autístico. Son defensas que puestas en marcha por el niño generan esta desorganización, fragmentación y dispersión de su psiquismo y conducta.

La disociación implica la desconexión entre cosas generalmente asociadas entre sí. Las experiencias disociativas no se integran en el sentido del yo, dando por resultado discontinuidades en el conocimiento consciente. En la disociación se da una falta de conexión en los pensamientos, memoria, percepción y sentido de identidad de una persona. La disociación puede afectar a la subjetividad de una persona en forma de pensamientos, sentimientos y acciones que parecen no provenir de ninguna parte, o se ve a sí misma llevando a cabo una acción como si estuviera controlada por una fuerza externa. En psicoanálisis proviene de la palabra Spaltung, que quiere decir, escisión o “clivaje” en francés. Más que una defensa, es una forma de lograr la coexistencia de dos defensas dentro del yo (escindiendo así a este): una contra la realidad (renegación), y otra contra la pulsión, (impulso energético y motor que

dirige el organismo hacia un objetivo, meta u objeto determinado). Hay un tipo de disociación necesaria, leve, transitoria que es sana como por ejemplo cuando separamos lo profesional de lo personal en el trabajo o en la vida personal o cuando en un examen, separamos lo emocional de lo intelectual. Como mecanismo adaptativo la disociación da lugar a la capacidad de dejar de lado determinadas situaciones afectivas, para lograr un mejor ajuste a distintas exigencias de la realidad.

El paso evolutivo menos grave y el mas favorable de la psicosis autista es el que lleva hacia una psicosis simbiótica o mas bien confusional. El niño, con la ayuda del entorno cuidador familiar y/o profesional, pasa de una relación disociada, fragmentada y parcial con el objeto a una relación más global y de fusión parcial con el mismo (simbiosis). El objeto externo está más o menos identificado y diferenciado (cosa que ocurre en el niño sano entre el 4º y 8º mes de vida). No sucede así con la imagen interna del objeto externo que se halla fusionada y confundida con su self (sí-mismo). La identificación y relación con los objetos es fusional. Los momentos de separación en estas circunstancias son menos catastróficos pero no menos intensos en sufrimiento para el niño que es capaz de sentirlo más. (Sentir de sensación y en este caso, también de sentimiento). En estos niños hay diferenciación yo-no-yo, y también hay psiquismo propio. Establecen vínculos de dependencia que generan en ellos ante las vivencias de separación, angustias catastróficas de desgarrar y sentimientos intensos y simultáneos de amor- odio.

Otra evolución posible del funcionamiento psicótico autista del niño es la que lleva hacia una desarmonía evolutiva. En una misma línea de desarrollo conviven aspectos más evolucionados con otros, poco, o nada desarrollados. La desarmonía evolutiva se considera actualmente como una entidad clínica incluida en el “trastorno límite de la personalidad”, (clasificación diagnóstica del DSM-IV) o de lo que en psicopatología psicodinámica es designado como “organización fronteriza de la personalidad”. El acceso a este tipo de organización de la personalidad sería el paso evolutivo siguiente que conduce hacia una diferenciación interna del objeto incorporado y del self pero siguiendo con una relación de dependencia anaclítica (apoyo) y simbiótica con el objeto externo. “Sin el objeto, sin el otro, sin lo otro en que me apoyo, no soy nada, me pierdo. Mi mundo se hunde, desaparece, y yo con él”. Es la relación de dependencia anaclítica y adictiva de la

organización o trastorno límite de la personalidad que evoluciona en la mayoría de los casos con importantes fallas y vulnerabilidades narcisistas. (Organización de la personalidad en la frontera, en el límite, entre la psicosis y la neurosis). En la dependencia anaclítica, el otro es investido como necesario para la propia supervivencia física y psíquica de forma adictiva, (pasional, exclusiva y excluyente). Para lograr avanzar todavía más hacia una evolución normalizada del bebé y posteriormente del niño, hace falta que éste pueda desarrollarse, en el seno de la interacción con su entorno cuidador, (familiar, profesional y social), dentro de un proceso dinámico y evolutivo que lo vaya aproximando hacia una organización de su psiquismo de tipo neurótico.

Entendemos por neurótico, según la teoría y clínica psicoanalíticas, el polo más evolucionado de la personalidad del ser humano. Su psicopatología sería la consecuencia de fallos en su constitución. Hacia lo neurótico se evoluciona, dentro de la constitución y desarrollo del psiquismo temprano (hasta los 3 años) del ser humano cuando se va consiguiendo alcanzar de forma progresiva, una serie de hitos o metas evolutivas básicas que resumidamente serían las siguientes:

1. Acceso a la Inter-subjetividad o capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro tanto en lo cognitivo como en lo emocional, intencional, y sensación de movimiento.
2. Que el proceso de Diferenciación-Separación-Individualización haya avanzado lo suficiente en el niño/a, a través de su interacción con el entorno cuidador como para constituirse como sujeto en su relación con el otro.
3. Lograr también un grado suficiente de diferenciación-separación entre la representación mental interiorizada del otro y la de si-mismo.
4. Que el niño/a, no solamente esté suficientemente diferenciado y separado tanto del “objeto” externo como del interno, sino que también sea capaz de darle cierto grado de autonomía al objeto-sujeto cuidador.
5. Que pueda acceder a un espacio tridimensional en la relación con los otros. Es decir, que sea capaz de integrar suficientemente el lugar del tercero, el espacio a tres o dicho de otra forma, que el niño/a, pueda interesarse, interiorizar e integrar lo otro, no solamente como diferente, sino también como diferente al tú y yo, dentro del nosotros. Conseguir

esto supone el paso hacia lo grupal y lo social. Respecto al lugar y papel del tercero, hay que señalar que no es solamente y exclusivamente el papel del padre sino que este papel puede representarlo cualquiera de los dos padres en relación con los fantasmas de exclusividad de tipo fusional de su pareja con el bebé. (Cramer, B.; Palacio- Espasa, F. 1993 y Palacio-Espasa, F. 2005).

6. Que consecutivamente a todo esto, el niño/a, pueda inscribirse como sujeto en un tiempo lineal, con un antes y un después, es decir, que pueda inscribirse en su propia historia o biografía, construida siempre en función y en relación con el otro y los otros.
7. Acceso al lenguaje no-verbal y sobre todo, verbal.

Alcanzar la constitución y desarrollo de estas bases en el funcionamiento psíquico del ser humano le permite vivir las pérdidas y lo que le falta, como algo que si bien puede ser doloroso, no es vivido como algo que pueda comprometer la existencia del sujeto o su integridad psíquica. Que el niño consiga construir estos “cimientos” esenciales para su sano desarrollo depende también de la capacidad del entorno cuidador de incluirlo en una interacción que facilite su evolución en el sentido comentado.

#### ANEXO: Viñeta clínica

K. es una mujer en la cuarentena, casada y con hijos mayores. Superviviente de una infancia marcada por una sensación de abandono, confusión y desamparo internos, cuyo sufrimiento intolerable y carente de sentido la ha llevado a protegerse con defensas que han ido formando parte de su identidad, de su personalidad, de su forma de ser. Estas defensas, rígidas y no evolutivas, con su crecimiento personal y el paso del tiempo, han pasado a formar parte importante de su patología y a ser fuente considerable de su sufrimiento, algo que por otra parte estaban destinadas a evitar. El motivo inicial de la demanda de ayuda es su miedo a volverse loca. En el curso del proceso psicoterapéutico hemos podido ver que su miedo, objeto de la demanda, era algo muy fundado. En varias ocasiones ha presentado síntomas psicóticos con grave riesgo de descompensación psíquica. Su funcionamiento psíquico está más próximo del registro psicótico que neurótico. No obstante, esta persona, a costa de gran esfuerzo, ha podido abrirse camino en la vida e integrarse social y laboralmente pero pagando un alto precio por ello. La negación y borrado de aspectos importantes y traumáticos de su vida la

han llevado a una sensación de fragmentación, de falta de continuidad, de marcas, de huellas y de referencias sólidas en las que apoyarse tanto en su interior como en el exterior.

Las referencias espacio-temporales, su continente corporal y psíquico están constantemente a punto de desmoronarse. Su búsqueda de un marco estable y fiable en que apoyarse y su desconfianza ante la idea de poder encontrarlo, la llevan a tener horror del cambio, vivido como una amenaza catastrófica. Lo negado, desconectado y borrado de su vida, junto con la tendencia inconsciente a la repetición, para lograr un cambio a la vez temido y nunca alcanzado, han llevado a esta mujer a vivir en situaciones existenciales y vitales de reactivación y agravación de sus experiencias traumáticas infantiles. Tras dos años de proceso psicoterapéutico, la paciente puede poner palabras e imágenes a sus vivencias en un proceso visible de búsqueda de sentido a lo que está viviendo. En su poema ¿Sentir-se?, sin título para ella, expresa de forma conmovedora su confusión, sensación de inexistencia, sentimiento de soledad y de aislamiento, y también, su miedo a existir y sentirse existir, mostrando además, el efecto devastador del olvido amnésico, utilizado como mecanismo de defensa, sobre su sentimiento de continuidad y de identidad, así como su dificultad para reconocerse. Dos años más tarde, tras varios meses de trabajo psicoterapéutico sobre las defensas y restos de su psicosis autista infantil, que se manifestaban con frecuencia como resistencia a la vinculación y conexión en la comunicación, relación y trabajo terapéuticos, la paciente me escribe el segundo poema que esta vez sí lo titula ella misma, Fuera. En su testimonio expresa tanto el deseo de encuentro, de implicación con el proceso terapéutico y el terapeuta como el miedo a las consecuencias del “fallo”, de la ausencia de dicho encuentro, desencadenante de angustias catastróficas de caída sin fin, de disolución física y psíquica de su ser, de confusión y pérdida de identidad.

Frente a este sufrimiento, a estas ansiedades catastróficas, se erigen las defensas autistas anti-relación y anti-comunicación que la paciente tan magistralmente comunica a su terapeuta a través de su poema Fuera,... de sí misma, y de la relación con el otro. Ausentarse de sí misma, desconectar para ser mera sensación en contacto con el objeto. Aislarse, esconderse, dejarse aspirar por una mancha-agujero negro en la que a la vez busca una referencia, un punto de apoyo, una presencia

interna que le permita sentirse existir. Un continente corporal y psíquico sin límites, transparente, que intenta llenar con un contenido mágico, conjuratorio, ritualizado pero también inconsistente,... fugaz magia invirtiendo lo vivido. Finalmente... el juego... movimiento con el que el tiempo se hace circular, donde no hay cambio, no hay antes ni después, solo repetición, para deslizarse entre mundos sin sentido y conseguir... a la era-verdadera, pim-pam, fuera. Poco tiempo después de trabajar sobre este poema, la paciente por primera vez, se inscribe en un espacio-tiempo lineal, donde hay un antes y un después y por lo tanto un pasado, presente y futuro y anticipando una ausencia suya, me pide un cambio de día para no perder su sesión.

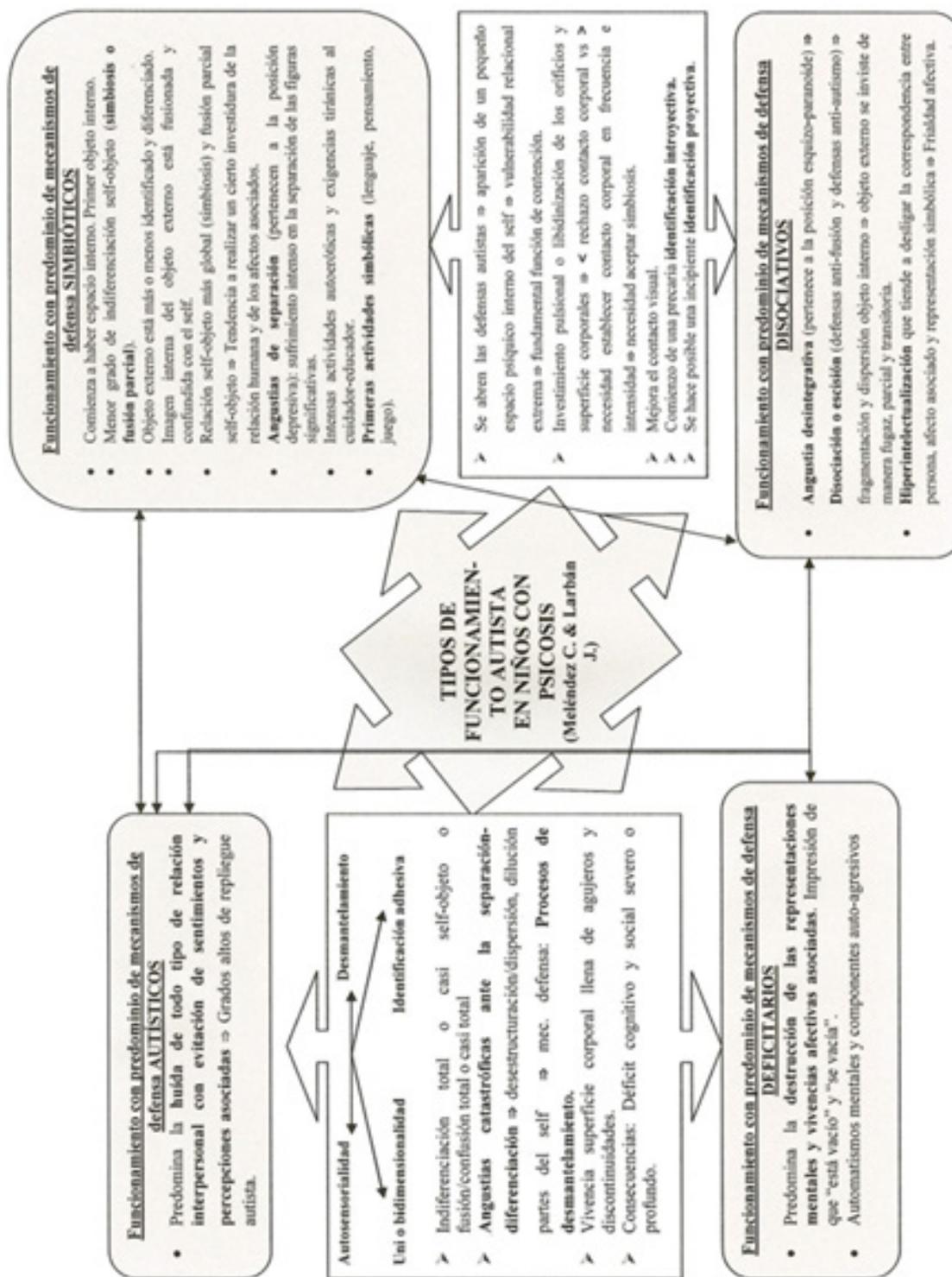
#### TESTIMONIO DE "K"

##### ¿SENTIR-SE?

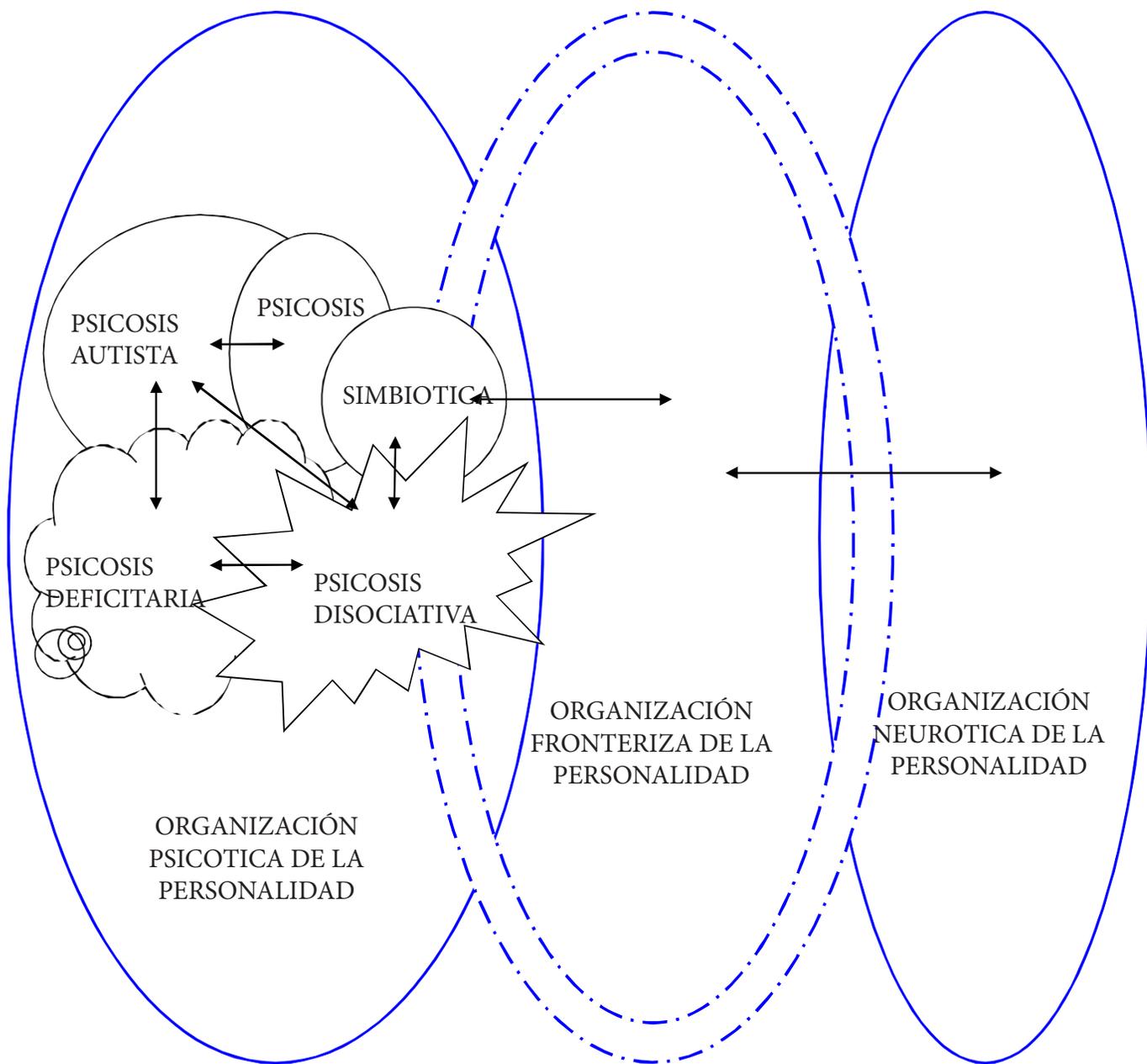
A veces dudo, Si realmente Mi voz suena, O es un latido  
De mi pensar.  
A veces pienso,  
Al extender mi mano, Sin lograr contacto, Que es un  
reflejo  
De una sombra, Al pasar.  
Y al escribir palabras, Sin dejar huella,  
A un vacío  
Una pregunta sin contestar. A veces temo,  
Al notar mi pulso,  
Que es un eco Redoblando sin parar. A veces sueño,  
Al oír mi nombre, Que es un recuerdo, Un tachado,  
Un borrar.

##### FUERA

Curva,  
Sentir su trayectoria con la mano Reconocer el  
movimiento de su forma Frío tacto abrazando piel  
quemada Escondrijo,  
Trazando el camino de sus líneas Dedos buscan hueco  
negro escondido Aspirando vida frágil a su fondo  
Transparencia,  
Murmurando melodías repetidas Tocando talismanes  
investidos Fugaz magia invirtiendo lo vivido Juego,  
Canjeando con el tiempo movimiento Deslizándose entre  
mundos sin sentido A la era verdadera - pim pam  
Fuera.



TIPOS DE FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN NIÑOS CON PSICOSIS  
(Esquema realizado por Carlos Meléndez y Juan Larbán 2008). Fuente: Corominas J. 1998, Pedreira J. L. 1995, Larbán J. 2008.



FORMAS CLÍNICAS EVOLUTIVAS DEL AUTISMO Y ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD  
Esquema realizado por Carlos Meléndez y Juan Larbán. 2009.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bettelheim, B. (1972), (2001): La fortaleza vacía: El autismo infantil y el nacimiento del si mismo. Editorial Laia. Barcelona. La fortaleza vacía: Autismo infantil y el nacimiento del yo, Ed. Paidós Ibérica.
- Corominas, J. (1998): Psicopatología arcaica y desarrollo: Ensayo psicoanalítico. Ed. Paidós Ibérica.
- Corominas, J.; Fieschi, E.; Grimalt, A.; Guàrdia, M.; Oromi, I.; Palau, M.; Viloca, Ll. (2008): *Processos Mentals Primaris*, Ed. Fundació Orienta, Barcelona.
- Cramer, B.; Palacio-Espasa F. (1993): *La pratique des psychothérapies mères-bébés: Études cliniques et techniques*, Ed. PUF, Paris.
- Geissmann, Cl. (2008): A propósito de lo arcaico, en *Psicoterapias del niño y del adolescente*, Ed. Síntesis, Madrid
- Icart, A. (2007): Tratamiento del niño hiperactivo a través de la familia, *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. Monográfico 2, p, 31-42, Ed. Fundació Orienta, Barcelona.
- Larbán, J. (2008): Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, p. 63-152, Ed. SEPYPNA.
- Larbán, J. (2010): El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas. *Revista de psicoterapia y psicósomática*, 75, p. 35-67. Ed. IEPPM.
- Larbán, J. (2011): Autismo: Mito y Realidad, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 18, p, 113-123. Ed. Fundació Orienta.
- Lasa, A. (1989): Ideas actuales sobre psicosis infantil. Diputación de Vizcaya.
- Lasa, A. (2006): Asperger vuelve, *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 8, p, 7-10, Ed. Fundació Orienta, Barcelona.
- Lasa, A. (2007): El TDAH en el momento actual: Controversias, divergencias y convergencias, *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. Monográfico 2, p, 9-16, Ed. Fundació Orienta, Barcelona.
- Maestro, S.; Casella, C.; et al. (1999): Study of the onset of autism through home movies, *Psychopathology*, 32 (6): p, 292-300.
- Manzano, J. (2004): La psicopatología: una concepción relacional, *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 3. p, 9-11, Ed. Fundació Orienta, Barcelona.
- Manzano, J. (2005): La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico, *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 39- 40, 107-116, Ed. SEPYPNA.
- Manzano, J.; Palacio F. (1987): Estudio sobre la psicosis infantil, Ed. Científico Médico, Madrid.
- Meltzer, D. (1974): Adhesive identification, In D. Meltzer, *Sincerity and Other Works*, edited by A. Hahn, London: Karnac, 1994, p.335-350.
- Meltzer, D. (1975): Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires, Ed. Paidós S. A. 1984.
- Meltzer, D. (1990): La aprehensión de la belleza. Ed. Genérico. Buenos Aires.
- Palacio-Espasa, F. (2005): La *psychothérapie brève psychodynamique avec mère, père et bébé*, *Psychothérapies*, 3, p, 135-144, Ed. Médecine et Hygiène, Genève.
- Pedreira, J. L. (1995): Perfiles evolutivos del autismo y las psicosis de la infancia, en *El espectrum autista: Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo*. Recopilación; Tomàs, J. Ed. Laertes.
- Rodríguez Sacristan, J. (1995). Prólogo e introducción general en *Protocolos de salud mental Infantil para la atención primaria*. J. L. Pedreira, Ed. ELA, 1995.

Torras de Beà, E. (2006): El trastorno autista: Una perspectiva actual, *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 8, p, 65-71, Ed. Fundación Orienta, Barcelona.

Tizón, J. L. (2007): El niño hiperactivo como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, Realidad, Medicalización? *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente. Monográfico 2.* p, 23-30, Ed. Fundación Orienta, Barcelona.

Tustin, F. (1992): *Cascarón protector en niños y adultos.* Ed. Amorrortu.

Velleda, Cecchi.; Aparain, A.; et al. (2005): *Los otros creen que no estoy. Autismo y otras psicosis infantiles.* Ed. Lumen.





# REVISIÓN: UN CASO DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVITAT (TDAH)

Psicopatología clínica subyacente y propuesta de tratamiento.

AUTOR: Sara Polo Hernández<sup>1</sup>

**RESUMEN:** Revisión de un caso diagnosticado de TDAH, psicopatología clínica subyacente y propuesta de tratamiento. El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, es uno de los más habitualmente diagnosticados en la actualidad en el ámbito de la psicopatología infantojuvenil. El presente trabajo supone una ejemplificación sobre estado actual de la cuestión en lo que al diagnóstico de TDAH se refiere. Se expone la controversia en cuanto a su etiología, su diagnóstico, su sintomatología, o su tratamiento, según el modelo desde el cual se aborde: modelo biomédico o modelo psicopatológico. Se estudia, se aborda y se critica el proceso de diagnóstico basado en factores neuroquímicos y el uso de psicoestimulantes como tratamiento generalizado y de primera opción desde el modelo biomédico. Se trata de contrastar con el proceso multifactorial (factores fisiológicos, psicológicos, relacionales) y la propuesta de tratamientos que plantea el modelo psicopatológico (psicoterapias, apoyo familiar y orientación educativa). También se aborda desde el modelo psicopatológico la teoría del apego como factor que predispone al desarrollo de posibles trastornos relacionados con la salud mental en la infancia y adolescencia, entre los cuales se encontraría el TDAH. Bajo esta línea del apego, se intenta esclarecer los posibles patrones vinculares presentes en la historia familiar del alumno y su posible relación en cuanto a la aparición y desarrollo del trastorno. Para ello, se emplea como instrumento de evaluación una versión reducida del cuestionario CAMIR (CaMir-R) para la evaluación del apego en adolescentes. Se expone pues, el abordaje del caso desde el modelo psicopatológico, con el objetivo de clarificar un diagnóstico adecuado en función de las necesidades que presenta el alumno y su entorno. Intentando, desde una perspectiva multidisciplinar, orientar la propuesta de tratamiento en los diferentes ámbitos: clínico, sociofamiliar y educativo.

Palabras clave: TDAH, controversia modelos, apego, diagnóstico psicopatológico, tratamiento.

---

<sup>1</sup> Psicoterapeuta en Clínica INDE, Orientadora escolar.

## REVISIÓN TEÓRICA: INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe un tipo de trastorno en niños y adolescentes que se manifiesta en un conjunto de síntomas como inquietud motora, dificultad para mantener la atención y tendencia a la impulsividad. Desde la publicación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 3th and 4th ed.): DSM-III, y en el DSM-IV, se denomina trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En el actual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 5th ed.): DSM-V, de reciente publicación, se encuadra bajo la misma terminología, en el área de los Trastornos del neurodesarrollo, que engloba Discapacidades intelectuales, trastornos del Espectro autista, TDAH, Trastorno específico del Aprendizaje, Trastornos motores y trastornos de tics. Cabe destacar que, desde su publicación en este manual de clasificación, se ha ido extendiendo su diagnóstico de manera abrumadora. De esta forma, se considera como una enfermedad y se abarca principalmente desde un modelo biomédico, donde el tratamiento más habitual es el uso de fármacos psicoestimulantes, como el metilfenidato.

La publicación de los autores Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas, sobre evaluación de tecnologías sanitarias, OSTEBA (2001), supone una exhaustiva revisión del estado actual de la cuestión en cuanto a la temática que nos ocupa. Se encarga de la evaluación de la situación asistencial y, en base a los resultados, propone recomendaciones terapéuticas para el abordaje del TDAH. Para su elaboración cuenta con la revisión sistemática de guías de práctica clínica internacionales, realiza una valoración crítica fundamentada en la investigación a partir del cuestionario AGREE y se fundamenta también en una revisión bibliográfica sobre el manejo del TDAH desde la Salud Mental y Atención Primaria en el contexto asistencial más próximo a la procedencia de los autores: el contexto estatal y de la Comunidad Autónoma vasca (lugar de procedencia de los autores de la publicación). De las Guías de Práctica Clínica, evaluadas por esta publicación (Lasa y Jorquera, 2001) son las que se exponen a continuación las que superarían la puntuación requerida en el cuestionario AGREE y se consideran muy recomendables por los profesionales entrevistados:

- Evidence Based Clinical Practice Guideline for Outpatient Evaluation and Management of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Organization: Cincinnati Children's Hospital Medical Center.
- Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders in Children and Young People. A national clinical guideline. Organization: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement (AAP) Attention deficit hyperactivity disorder; diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults Organization: National Institute for Clinical Excellence (NICE).

Sin embargo, tal como indican Lasa y Jorquera (2001) “las más diseminadas y citadas en la literatura revisada, tanto a nivel nacional como a nivel internacional son las de la American Academy of Pediatrics (AAP) y la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), sociedades ambas con conocidos conflictos de intereses y relaciones de los expertos que elaboran sus guías con la industria farmacéutica”. Estas guías, en contraste con las anteriormente citadas, “obtienen puntuaciones muy bajas al aplicarles el cuestionario de valoración de los profesionales, por lo que su objetividad, puede ser cuestionada”. Según estos mismos autores afirman sobre el estado de la cuestión: “En la práctica asistencial actual conviven diferentes modelos de conceptualización en cuanto a la naturaleza y etiopatogenia del trastorno que reflejan criterios y hábitos diagnósticos y terapéuticos con diferentes puntos de convergencia y de divergencia”. De esta forma, en la situación actual se diferencian dos modelos a la hora de abordar el tema que nos ocupa. El primero es el modelo biomédico. Es un “modelo fisiológico”, que se basa en la clasificación sintomática y que enfatiza la “naturaleza neurobiológica” del trastorno y propone como tratamiento de primera opción, el farmacológico (empleando psicoestimulantes como el metilfenidato, el de uso mayoritario). Y el segundo es el modelo psicopatológico. Es un modelo que enfatiza la multifactorialidad de los trastornos de salud mental infantil y aborda la problemática desde una perspectiva multidisciplinar, dando prioridad a tratamientos psicoterapéuticos y socio educativos como tratamientos de primera opción en contraste con el modelo biomédico que propone el uso de fármacos como primera opción.

En relación al modelo biomédico y tratamiento farmacológico citado en el párrafo anterior, Ávila (2004) afirma que el metilfenidato “es un estimulante de la familia de las anfetaminas, que tiene el peligro potencial de crear hábito o favorecer el desarrollo de posibles adicciones”. Este mismo autor indica que “el riesgo del tratamiento farmacológico son los efectos secundarios del tratamiento: tales como disminución del apetito, retardo en el crecimiento, insomnio o desarrollo de tics”. Y además: “los riesgos de la medicación a largo plazo no están bien establecidos, ya que existe poca comunicación entre médicos, educadores y padres”.

Además, según Masías-Arias y Fiestas-Teque (2015), se puede relacionar la aparición de psicosis en casos de vulnerabilidad con el tratamiento por metilfenidato. Según los mismos autores “se ha reportado que a dosis muy altas e incluso normales, el metilfenidato puede producir entre sus efectos colaterales psicosis, usándose los términos de alucinosis o toxicosis como sinónimos para la psicosis inducida por estimulantes; dichos síntomas tóxicos pueden producirse en un 0,25% (1/400) de niños tratados con estimulantes”. E incluso afirman que “Es difícil predecir la aparición de los síntomas psicóticos en pacientes con TDAH, pues al parecer la reacción es idiosincrática, pero se ha visto que es común el antecedente de TDAH en pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar”. Finalmente añaden que: “el riesgo de tener esquizofrenia en pacientes con TDAH es 4,3 veces mayor (95% CI 1,9–8,57) con respecto a la población general. Un estudio retrospectivo ha encontrado que un 17% de pacientes con psicosis presenta historia de TDAH y en otro se muestra que la comorbilidad de TDAH y esquizofrenia en niños y adolescentes llega hasta un 5%”. Y concluye que por este motivo es conveniente realizar una evaluación exhaustiva, previa a la prescripción del medicamento, para “descartar síntomas prodómicos de esquizofrenia o síntomas psicóticos por mínimos que sean”.

En la misma línea, en el documento a favor de una psicopatología clínica y no estadística (Manifiesto ASMI, 2014) se expone el acuerdo entre diferentes asociaciones y autores internacionales, y defiende que “en relación a la medicación, lo que está predominando es la medicalización de niños y adolescentes, en que se suele silenciar con una pastilla, conflictivas que muchas veces los exceden y que tienden a acallar pedidos de auxilio que no son escuchados como tales”. Es la perspectiva del modelo biomédico una vez más

la que diferentes colectivos y autores internacionales cuestionan, por su falta de ética y adecuación. Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2001) señalan también que existe una inmensa cantidad de publicaciones debido al “llamativo impacto social y la rápida extensión de este fenómeno ‘epidémico’”, con multitud de variabilidad en cuanto a criterios diagnósticos, uso abusivo del empleo de fármacos, falta de información en cuanto a consecuencias a largo plazo o “acusaciones de medicalización excesiva de conductas infantiles normales en contraposición a quienes sostienen su infradiagnóstico”. Tras el problema de alarma social en el que ha derivado la cuestión, también manifiestan que se han intentado crear en diferentes países órganos cuya competencia sea la salud mental infantojuvenil, que den recomendaciones en cuanto al uso de fármacos para el TDAH.

Tal y como cita esta publicación Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2001): “En nuestro país las autoridades sanitarias no han llegado a emitir ningún documento específico al respecto, a excepción de los concernientes a información sobre los principios activos autorizados para su indicación en el TDA/H, siendo de especial relevancia el reciente comunicado de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios respecto al empleo de metilfenidato a raíz del informe de evaluación de la seguridad de este medicamento encargado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)”. En EEUU se ha publicado un consenso entre expertos (NIH, ADHD Consensus, 1998) para exponer tales controversias y perfilar unas recomendaciones básicas ante la envergadura del problema”. Y en 2007, la Organización Mundial de la Salud y el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios elaboraron un documento donde se trataba el tema del aumento del empleo de fármacos psicoestimulantes como tratamiento para el TDAH.

Según recogen Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2001), en EEUU “los psicoestimulantes constituyen una proporción significativa del mercado de los psicofármacos, pues representaban casi el 10% ya en el año 2000, en Europa representaban alrededor del 0’5%; en 2001 la prescripción de psicoestimulantes en EE.UU. estaba en 6.488 UDE (unidades de dosificación estándar) por cada mil habitantes mientras que en Europa era de 364 UDE (Unidades de Dosificación Estándar) por cada mil habitantes”. Sin embargo, en países como Finlandia es mínimo. Este hecho vendría

condicionado porque “en Finlandia permanece la influencia del psicoanálisis”. También en Francia o Italia se emplean menos fármacos puesto que consideran que supone “drogar a los niños”. Estando restringida en Italia la prescripción de psicoestimulantes en cuatro centros.

Dada la gran controversia al respecto, los dos autores que venimos siguiendo realizan una revisión de las Guías de Práctica Clínica más utilizadas, y extraen las siguientes conclusiones:

- El TDAH supone, “una agrupación de síntomas muy prevalente en la infancia”.
- “Existen evidencias suficientes para relacionarlo con múltiples factores causales biológicos, genético-temperamentales, psicológicos y socio-educativos. El carácter interactivo de los factores....configura una variedad de formas clínicas con características evolutivas y necesidades terapéuticas, asistenciales y educativas múltiples y diversas”.
- “Existe una situación de colapso en los servicios de atención por la gran preocupación social”.
- “Sigue sin existir consenso entre profesionales... lo que ha generado cierta confusión y descrédito entre la comunidad médico-científica y la población general en cuanto a la credibilidad de lo relativo al TDA/H”.
- “La controversia existente en cuanto a quién es el o los profesionales adecuados para la detección, evaluación completa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos casos debería ser resuelta”
- “La tendencia asistencial actual apunta a una extensión creciente del tratamiento medicamentoso con psicoestimulantes que, dadas las elevadas y crecientes cifras de prescripción de metilfenidato”
- “Los datos apuntan a que en nuestro país no se están siguiendo las recomendaciones sanitarias más básicas y prudentes en cuanto a la prescripción de metilfenidato, como son las de la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), y a que se realizan prescripciones fuera de las indicaciones autorizadas (offlabel), extendidas ya en otros contextos como el americano”.

La última conclusión de Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2001) enlaza directamente con el caso que se expone en el presente trabajo, puesto que viene a decir que “debe prevalecer la premisa de atender a niños que presentan una sintomatología común pero insertada

en muy diversas estructuras psíquicas, dinámicas familiares e interrelaciones con el entorno. Se asume que: debido a las “necesidades asistenciales, educativas y terapéuticas diferentes, se precisa una evaluación exhaustiva y una atención personalizada. Sólo así podrá garantizarse la precaución de no cronificar ni medicalizar innecesariamente expresiones de la infancia que en muchos casos pueden abordarse con éxito con intervenciones terapéuticas de medios, intensidad y duraciones diversas”.

El modelo psicopatológico para el abordaje de los trastornos de salud mental infantiles entiende la multifactorialidad del trastorno e intenta atender desde una perspectiva global e integradora las dificultades que presentan los pacientes. Enfatiza los factores psicológicos y psicopatológicos y propone abordajes terapéuticos múltiples, no solo farmacológicos, que incluyan diferentes ámbitos en cuanto al tratamiento psicológico, familiar y escolar.

Ese es, pues, el objetivo del presente estudio de caso, proporcionar un ejemplo de cómo un tipo de estructura psíquica y dinámicas familiares concretas están en la base de la sintomatología diagnosticada como TDAH. Además, se pretende hacer visible desde un caso real la existencia de los dos modelos en cuanto al abordaje de este tipo de psicopatología, las dificultades que eso supone a nivel asistencial y el sufrimiento y desconcierto que la falta de acuerdo y controversia entre los diferentes profesionales puede suponer para los pacientes y sus familias.

El caso de M.S., analizado en el presente trabajo, se aborda desde el “modelo Psicopatológico”, y a lo largo de la revisión del caso se pretende contrastar con el “modelo biomédico”. La intención es valorar desde esta perspectiva psicopatológica, los diferentes componentes etiopatogénicos, y la estructura de personalidad que puede estar en la base del funcionamiento mental del paciente en concreto.

La publicación expuesta con anterioridad Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2001) supone una excelente recopilación de datos en cuanto a la situación actual, basada en la controversia entre los dos modelos de abordaje de la cuestión. Pero, desde la perspectiva psicopatológica, multitud de autores abordan el tema del diagnóstico de TDAH integrado en diagnósticos mucho más globales que tienen que ver con estructuras

de la personalidad y con etiologías multicausales, y que tienen en cuenta factores relacionales y del entorno, como predisponentes para el desarrollo de la sintomatología. A continuación se recogen aportaciones de diferentes autores en referencia a la psicopatología posible subyacente en casos que pueden presentar sintomatología de TDAH. Muchos aspectos de los que citan los autores coinciden con la problemática del caso que se expone en este trabajo.

Lasa Zulueta (2003) relaciona la vulnerabilidad hacia la psicosis con la sintomatología TDAH de la siguiente manera: «En la psiquiatría francesa, la noción de 'prepsicosis o de estados prepsicóticos' (Levovici y Diatkine, 1963; Diatkine, 1969) apareció en la psiquiatría infantil de orientación psicoanalítica para designar y delimitar clínicamente la personalidad de niños que presentaban cierta vulnerabilidad psíquica que los hacía susceptibles de descompensarse hacia una vertiente psicótica, y en particular a partir de la pubertad, esquizofrénica (...) las tres formas clínicas predominantes se caracterizan por la excitación y la hiperactividad; por la inhibición; y por lo que Diatkine denominó personalidad 'niaise' ('bobo' o 'lelo') ». Desde este punto de vista, la hiperactividad sería un síntoma más de diferentes estructuras de personalidad, alguna de las cuales podría derivar en prepsicosis, como en el caso que se expone en este trabajo. En esta publicación (Lasa Zulueta, 2003) se citan también varios autores más como R. Misés o Palacio- Espasa, que hablan de diferentes elementos a tener en cuenta en la organización de la personalidad en estos alumnos. R. Misés, desarrolla el concepto de Personalidad Límite e incluye diferentes elementos que considera fundamentales para el diagnóstico, como: “Fallos precoces en el apoyo y contención maternal, fracasos en el registro transicional, defectos en la elaboración de la posición depresiva, fracaso en la elaboración neurótica y vulnerabilidad a la pérdida objetal, fragilidad en la organización y equilibrio narcisista, trastornos del pensamiento y la simbolización, trastornos instrumentales y cognitivos. (pg. 37-39 de la publicación anteriormente citada (Lasa Zulueta, 2003). Según la publicación Lasa Zulueta A. (2003) citando a Palacio-Espasa (1994): habla también de Organizaciones Borderline. Expone que existe: “grave trastorno de la identidad junto con las fluctuaciones globales del funcionamiento mental, el uso intermitente pero duradero de mecanismos de defensa primitivos (de tipo psicótico), y los importantes trastornos de la simbolización y el pensamiento (por la irrupción

del funcionamiento psicótico-proceso primario)” y habla de “polimorfismo sintomático” para expresar la confluencia de multitud de expresiones, que en cada etapa se pueden manifestar de manera diferente. Desde disarmonías evolutivas en los primeros momentos con retrasos no homogéneos en el desarrollo, vinculados con trastornos del apego, hasta gran hiperactividad, euforia, excitación en las primeras etapas, trastornos de conducta más adelante y conductas violentas, e inhibición posterior, con tendencia al aislamiento o despegamiento afectivo”. (pgs 42-43). La sintomatología descrita, vuelve a coincidir con el caso del presente estudio (ver interpretación de los dibujos: trastorno de simbolización y proceso primario, anamnesis: retrasos no homogéneos en el desarrollo como el control de esfínteres o conductas violentas en el entorno familiar, e inhibición en el escolar)

Este mismo autor, Palacio-Espasa (1994) al que se hace referencia en Lasa Zulueta (2003), afirma que:” Estos cuadros pueden ir hacia una organización “paradepresiva” o “paraneurótica” o hacia una personalidad límite a largo plazo, cuando la conflictiva depresiva es más intensa. Pg. 43. Y en la pg. 48, citando a Kerberg P., el autor describe que la opinión de esta autora coincide con la suya propia: “sospechamos (en numerosos casos) una organización borderline de la personalidad en niños con déficit de atención-hiperactividad” (Lasa Zulueta 2003). El caso que nos ocupa coincide con la opinión del autor en cuanto a la organización borderline de la personalidad del alumno. Enlazando con la importancia de las primeras etapas del desarrollo, como citaba Palacio-Espasa en referencia a las disarmonías en el desarrollo con retrasos no homogéneos(Lasa Zulueta2003) basados en alteraciones del apego, se expone a continuación el trabajo del autor Felipe Lecannelier, que desarrolla en sus libros sobre el Apego: Tomo I (Lecannelier, 2006) y Tomo II (Lecannelier, 2009), su teoría sobre la importancia de las primeras relaciones para la salud mental infantil. Este autor señala que: ”El no reconocimiento del niño como ser mental genera la transformación de la rabia en violencia” (Lecannelier, 2009) Pg. 205. Coincide con A. Lasa (2003) que cita: “la falta de contención que deriva en explosión en un intento de hacerse ver por parte del niño y posteriormente puede derivar en pasividad inhibición y aislamiento”. Así mismo Felipe Lecannelier en su publicación (2009) señala que: “cuando esta falta de reconocimiento se vuelve crónica, los niños desarrollan un estilo controlador y

castigador para relacionarse con sus figuras de apego”. Pg. 205 (Lecannelier, 2009). Vuelve a coincidir este aspecto con el caso que nos ocupa, puesto que después de etapas de mayor frustración, el alumno adopta actualmente una actitud más aislada e inhibida. En la misma línea, este autor expone que: “el desarrollo del patrón desorganizado desemboca en la edad preescolar y escolar en una actitud agresiva, punitiva e inadecuada que intenta controlar la conducta de los otros. El niño externaliza partes negativas y torturantes de su persona, proyectándolas en los otros... (Lecannelier, 2009 Pg. 207).

Otra autora, Beatriz Janín (2004), en la misma línea, plantea que el déficit de atención y la hiperactividad tienen que ver con trastornos de la estructuración subjetiva. Poniendo de nuevo el énfasis sobre las cuestiones relacionales y ambientales, a la base del desarrollo del “trastorno”. Según la autora

“los padres tienden a repetir con los hijos las marcas que sus propios padres dejaron en ellos, fundando en el otro caminos erógenos, privilegiando vías narcisistas, transmitiendo normas e ideales....” “Lo reprimido retorna, desde el niño, en forma de síntoma o en funcionamientos que esbozan el armado de un síntoma”. (de la anamnesis de este caso se extrae violencia familiar en el entorno paterno).

Pi Navarro V. (2003) también relaciona los niños con trastornos de personalidad con los síntomas de déficit de atención o hiperactividad, de la siguiente manera: “Los niños con trastornos en la personalidad, en realidad, tienen deficiencias en el área emocional y en el área cognitiva, pero también en el esquema corporal, en el área sensorial, en el área verbal y en la social. También pueden tener enfermedades y disfunciones corporales. Por eso se les confunde con deficientes mentales, niños con afasias, o con enfermedades como epilepsias, lesión cerebral, retraso psicomotriz, o por sus síntomas en: adictos, sordos, antisociales, déficits de atención, hiperactivos o disléxicos...” (en el caso del alumno del presente estudio, estas deficiencias en, lo emocional, lo cognitivo, lo sensorial y lo social que son manifestaciones del trastorno de la personalidad del alumno, se ha confundido bajo el sistema rígido de clasificación del modelo biomédico, con un TDAH). Este autor, por su experiencia desde el campo de la clínica y el educativo, plantea intervenciones clínico-educativas, que tienen en cuenta las necesidades globales del niño

y su entorno: familia, escuela, familia, etc. Abarcando así, los múltiples ámbitos de intervención, aspecto que es uno de los objetivos del presente trabajo.

A modo de resumen, en el caso que se expone en el presente trabajo, se puede observar tras el análisis de la documentación empleada para el estudio, varios de los elementos anteriormente citados por diferentes autores como la falta de contención maternal (Grinberg y col., 1972), las dificultades en el desarrollo de la intersubjetividad (Janín, 2004), las disarmonías o retrasos evolutivos de las primeras etapas (Lasa, 2003), la vulnerabilidad a la pérdida objetual o los trastornos del pensamiento y la simbolización junto con los trastornos instrumentales y cognitivos (Vicente Pi, 2003). Los fallos en los procesos transicionales (Winnicott, 2009) y el predominio de la posición esquizo-paranoide, junto con la identificación proyectiva (Segal y col., 1979), así como la falta de función alfa (Grinberg y col., 1972), también se observan en el caso y se abordarán más adelante en las propuestas de intervención.

#### ABORDAJE EMPÍRICO

A continuación, se presenta la descripción del caso, con los aspectos más relevantes para su abordaje desde la perspectiva del modelo psicopatológico.

El paciente M. S. es un varón de 15 años de edad que estudia segundo curso de Educación Secundaria Obligatoria en el Instituto de un pueblo del interior de Valencia. Actualmente repite el curso por dificultades de aprendizaje. Está diagnosticado de TDAH desde la infancia y medicado con psicoestimulantes desde los 5 años. Presenta síntomas de desatención, dificultades de relación y comunicación social, apatía y desinterés por las relaciones y el aprendizaje, dificultades en los procesos de simbolización y por tanto dificultades de aprendizaje, con adaptación curricular individual significativa (nivel curricular inferior al que correspondería para su curso) en las áreas de Castellano y Valenciano, y dificultades, aunque no significativas, en matemáticas, por lo que va al taller de matemáticas para reforzar en pequeño grupo los contenidos mínimos de la asignatura. A lo largo de su desarrollo ha manifestado retrasos en hábitos básicos de autonomía, como el control de esfínteres, así como dificultades de atención, de relación y alteraciones de la conducta (sueño, oposición, negativismo, baja tolerancia a la frustración y conductas autolíticas).

El motivo de la demanda es la preocupación de la madre por la falta de información sobre la evolución de su hijo en el Instituto, relacionada con sus dificultades de comunicación y a su vez, la preocupación por la negativa de su hijo a asistir al centro educativo.

La familia está compuesta por el alumno, los padres y una hermana pequeña de 9 años. Proviene de un entorno rural, con recursos sociales y económicos suficientes. La familia materna tiene un negocio propio y el padre trabaja como asalariado en un restaurante. El nivel cultural es básico; los padres tienen estudios primarios. Existe interés de los progenitores hacia la educación y el bienestar de los hijos.

La familia extensa materna está compuesta por tres hermanas y la madre (abuela del alumno). La abuela fue criada por una madre de leche en otro pueblo alejado, puesto que su propia madre murió en su parto. Hija única del matrimonio, volvió con el padre biológico con 12 años al pueblo de origen. Desde entonces hasta la actualidad, existe vínculo afectivo con la familia "de leche". La madre del alumno los considera como sus primos y sus tíos. Hace poco falleció el "abuelo de leche" del alumno, y fue un duro golpe para él. El abuelo materno murió hace años, y la madre no da muchos detalles sobre él en la entrevista. Sí manifiesta que en su familia existen muy buenas relaciones y "todos somos una piña".

La abuela materna prácticamente ha criado al alumno por la falta de tiempo de los padres a causa del trabajo. También la tía materna ha estado muy presente en la historia de desarrollo del alumno, y se infiere de las conversaciones con él, que existe vínculo de apego seguro con su tía. Podría hipotetizarse la falta de función alfa por parte de la madre, que el alumno suple con la figura de la tía. Esta tía materna tiene, a su vez, una niña de la edad del alumno, y siempre han sido comparados por la familia y por los padres, causando gran malestar en el alumno, pues la alumna es exitosa en todos los ámbitos y él no. Han ido juntos a clase y han compartido los mismos círculos y aficiones. Esta situación ha causado gran angustia en el alumno prácticamente hasta el presente curso, en el que se han distanciado más por la repetición de curso.

La familia extensa paterna está compuesta por el padre, que es el menor de 4 hermanos varones. Según él manifiesta, su propio padre siempre ha sido muy

egoísta y muy especial. Explica haber recibido palizas de su propio padre. Pero a pesar de ello, es muy sociable y abierto. Ha trabajado desde muy joven para buscarse la vida y salir de casa, e intenta, aunque "sin maltratar", como él expresa, aplicar normas a sus hijos el tiempo que puede estar en casa. Según expresa él, los abuelos paternos nunca se han hecho cargo de los nietos, a causa del carácter egoísta y despreocupado del abuelo, aspecto que ha hecho sufrir a la abuela. Manifiesta también ser el más sociable de los hermanos, siendo los dos mayores más extraños de carácter, más introvertidos, retraídos y con dificultades para relacionarse. "Esta es una situación típica de la reproducción del síntoma, tal y como se explica el concepto en Janin (2011)".

b. Historia de Desarrollo: Según una entrevista con la madre, existieron problemas en el parto. Este le fue inducido cuando faltaban tres semanas para el término, por pérdida de líquido. La madre no fue consciente de la situación. Según manifiesta: "salió morado". La alimentación del niño fue artificial; se alimentaba bien, pero parecía que no se nutría. Siempre presentó un bajo peso.

Nunca durmió bien, ni de noche ni de día. La madre lo dormía en la cuna, la abuela al brazo: "Yo lo cogía lo justo, si no había más remedio. Le gustaba al brazo". "Empezó a dormir bien cuando empezaron a medicarlo, a los 5 años". Hasta los 5 años, no se estableció una rutina de sueño (iban y venían de noche, el niño y la madre del sofá a la cama). El padre trabajaba por las noches, y según manifiesta la madre: "me ponía muy nerviosa". Puede inferirse en estas palabras la falta de función alfa por parte de la madre y en consecuencia la falta de contención que daría lugar posteriormente a la piel psíquica (Grinberg y col., 1972 sobre las ideas de Bion). Podría inferirse del trastorno del sueño, que quizá existió una posición simbiótica entre la madre y el hijo (imposibilidad de dormir solo) y ausencia del padre (además la ausencia del padre es la sensación permanente del alumno]). Estos patrones de relación familiares, son característicos de la psicopatología psicótica (madre simbiótica y padre ausente, (Pi Navarro, V. 2003).

La dificultad para separarse del objeto, puede estar en la base de las dificultades de simbolización. No se puede representar el objeto en su ausencia, de ahí la rigidez, falta de flexibilidad, incluso el apego a conductas y objetos consoladores (concepto Winnicott) por el fallo

en el desarrollo del objeto transicional (no ha existido). Las relaciones con los objetos y otras personas son simbióticas, al igual que la relación con la madre (no hay diferenciación).

En lo relativo al lenguaje, podemos decir que tuvo un desarrollo temprano del lenguaje, y además con corrección y amplitud de vocabulario. Este aspecto es propio de niños caracteriales. Para estos el lenguaje es rico y fluido, pero vacío de emoción y afecto, debido a la ausencia de vinculación; el lenguaje se utiliza de manera mecánica, para conseguir intereses, no para realizar un intercambio relacional por el placer de compartir con el otro. En el sistema de clasificación DSM-IV, este rasgo sería significativo de S. Asperger (ahora en DSM.V. TEA Nivel 1). Empezó a hablar correctamente muy pronto, sobre los 10-11 meses. Siempre ha hablado con corrección. Incluso con palabras rebuscadas o técnicas (“de pequeño le decían si quería ser político”). Actualmente presenta una comprensión del lenguaje literal, teniendo dificultades en cuanto a la simbolización del lenguaje: metáforas, dobles sentidos, sentido del humor... En una discusión el padre le dijo exagerando que le iba a tirar de casa y él se hizo la maleta “con lo básico para sobrevivir: linterna, agua, pañuelos, brújula, guantes, cuerdas”. No le gustan las bromas “hay uno muy pesado que me hace bromitas y no me gustan”.

El desarrollo motor ha transcurrido dentro de la normalidad, aunque ha presentado cierta torpeza psicomotriz y falta de motivación por deportes y actividad física a lo largo de su desarrollo.

Cabe destacar en cuanto al desarrollo afectivo que no existió episodio de angustia del extraño, acontecimiento crítico en cuanto al desarrollo socioemocional. Podría interpretarse, a raíz de este hecho, una vinculación con la figura de apego, deficiente o de escasa calidad. La falta de contacto ocular desde niño también ha estado presente y como consecuencia de todo esto, la falta de interés por las relaciones con iguales.

El control de esfínteres fue tardío. Al entrar al colegio todavía se presentaba falta de control tanto de la micción como de la defecación. Supone un retraso no homogéneo (como expone Lasa A. 2003), puesto que no ha existido el mismo nivel de desarrollo en las diferentes áreas.

En el juego parece que han existido comportamientos también mecánicos y repetitivos. Utilizaba los juguetes con simbolismo, aunque parece que de manera mecánica y repetitiva con algunos intereses particulares (por su intensidad): los coches, de manera rígida y obsesiva. Y hoy en día continúan siendo su centro de interés, ya que le gustaría ser mecánico de coches. Sin duda, ha mostrado un interés especial por este tema, para el cual sí ha desarrollado habilidades de atención y memoria.

c. Historia Clínica: En general la salud del alumno ha sido buena, según manifiesta la madre. Aunque hay dos episodios de enfermedad, espontáneos, que llaman la atención. Uno fue de pequeño, una especie de reacción alérgica al chupar la hebilla de un cinturón con el que jugaba para ponerlo como carretera de los coches. Y otro fue una reacción en el día de una procesión, donde llevaba el vestido comunión (se hinchó, por lo que tuvieron que acudir a que le pincharan al centro de salud). La madre manifiesta que fue un “ataque de paperas”, sin embargo llama la atención la intensidad de la reacción y el momento de aparición (un momento de angustia para el alumno, pues según manifiesta él mismo, no quería salir en la procesión).

Sólo ha estado hospitalizado una vez, para ser operado de fimosis; él manifiesta haberlo vivido con normalidad. Llama la atención también el hecho de que presenta daltonismo, sin que hayan antecedentes familiares. En cuanto a antecedentes de enfermedades mentales, estas no existen, al menos con diagnóstico conocido. Pero el padre sí refiere rasgos de carácter rígidos, con dificultades para las relaciones sociales y expresión de afectividad en su familia de origen y hermanos.

De la historia clínica se extrae el diagnóstico médico actual: Trastorno por Déficit de Atención, con seguimiento y medicación desde los 5 años de edad. Actualmente medicado con Concerta 5mg (una por la mañana). Según manifiesta la madre, gracias a la medicación acude a la escuela, de lo contrario no podría. Según refiere la madre, fue un bebé inquieto e irritable. Con dificultades en la conducta de sueño y bajo peso, y parece que alguna dificultad en cuanto a la alimentación. (“comía bien, pero no aumentaba”).

Parece, por los datos que se infieren de la entrevista con la madre, que no existió episodio de angustia del extraño. Podía irse con cualquiera y no extrañaba a la madre o a la figura de apego. Este hecho presenta un factor de

alarma a tener en cuenta, puesto que la no existencia del episodio de angustia del extraño, se considera factor de riesgo a nivel psicopatológico. Podría ser un indicador de un estilo de apego no seguro hacia la figura materna. Desde pequeño tuvo rabietas y dificultades en cuanto a la tolerancia a la frustración. Ha tenido episodios de conductas autolesivas, ante la angustia sobrevenida en situaciones relacionales por la frustración. Tuvo un episodio en el instituto en que manifestó su intención de querer “ser malo” hacia los demás (“me tengo que hacer malo”), intimidando con objetos lesivos.

Siempre ha presentado dificultades para relacionarse con iguales. Desde pequeño, no quería ir al colegio y era motivo de negativa y rabietas. Siempre tuvo dificultades para el juego social (“como si tuviera miedo a los otros niños). Actualmente, sigue manifestándolas, aunque no se siente cómodo con ese aspecto de su personalidad. Es consciente y le gustaría ser de otra manera, pero encuentra dificultades para interactuar y compartir intereses. Se aísla y observa a los demás. Aunque no rechaza el contacto ni las interacciones, incluso las agradece, sí tiene dificultades para iniciarlas y mantenerlas. No le gusta asistir a acontecimientos donde hay demasiada gente, como fiestas o centros comerciales, y tampoco se siente cómodo para salir con el grupo de iguales. según manifiesta la madre “como si tuviera miedo de lo que hacen los demás”.

En el ambiente familiar hay dificultades sobre todo en cuanto a la relación con su padre y con su hermana. Él percibe a su padre como hostil, no soporta sus demandas ni sus indicaciones o gritos, etc. Podría interpretarse en cuanto a la relación con el padre, que éste supone para él el objeto persecuidor externo (concepto M.Klein) que desorganiza la experiencia y causa angustia y malestar. El objeto es percibido como parcial y malo (persecuidor), no hay mecanismos que permitan sentir al objeto en su totalidad. “El temor a una desintegración y una destrucción totales está en la raíz de los desórdenes esquizofrénicos y esquizoides y la ansiedad latente posee una naturaleza catastrófica” (Melani Klein)

Con respecto a la hermana, al principio llevó bien su llegada, pero, según manifiesta la madre, ha ido sintiendo cada vez más celos, a medida que se ha hecho mayor (la madre llega a sentir miedo de una posible agresión hacia la hermana). Él la vive como muy intrusiva y eso le genera gran angustia; no soporta

que se meta en sus juegos y se entrometa en sus cosas. Tampoco soporta cargar con reprimendas por asuntos de los que ha sido ella responsable. Podría interpretarse como otro objeto persecuidor que causa sensación de falta de control, angustia de desorganización. Supone otro objeto parcial, persecuidor externo.

La relación, no es de la misma naturaleza con la madre. A la madre la demanda y con ella tiene comportamientos infantilizados, regresivos de etapas anteriores del desarrollo. Podría interpretarse aquí la relación simbiótica, la falla en el proceso transicional y la introyección de un objeto parcial, en este caso no persecuidor, pero sí idealizado. Es excesivamente demandante y preocupado en cuanto a la relación con la madre. Parece un estilo de apego ansioso-preocupado. Busca a la tía materna cuando tiene problemas para que “le relaje”, y podría interpretarse que existe un vínculo de apego más saludable con esta última.

Comparte actividades (atletismo) con su prima hermana, aunque parece que lo hace más por agradar que por su interés. A menudo los han comparado. La madre le incita a realizar la actividad, con la intención de que salga de casa y se relacione.

M.S ha presentado temor y negativa a asistir a la escuela desde el principio de su escolarización. Siempre ha manifestado escaso interés por las relaciones sociales con iguales. Aunque ha estado integrado, siempre ha sido con dificultades a la hora de iniciar y mantener las interacciones. Actualmente, en el entorno escolar se muestra aislado y retraído, compartiendo intereses solamente con un igual. Según manifiesta la madre, en primero de Primaria, por un accidente, al alumno le enyesaron la mano y “desde entonces le cogió miedo a que los niños fueran brutos”.

Actualmente, presenta dificultades de aprendizaje, debido principalmente a la escasa capacidad de simbolización. Podría desenvolverse mejor a nivel cognitivo, pero la escuela no es de su interés y es inflexible en cuanto a sus intereses, aunque hace muchos esfuerzos por adaptarse y conseguir un rendimiento óptimo dentro de sus posibilidades, con el fin de agradar a sus figuras de apego.

M.S No tiene un buen autoconcepto. Se percibe extraño, diferente. En el dibujo de la figura humana se observa “querría darle la mano a alguien, no ser tan antisocial”.

No quiere que la hermana le imite porque “no quiero que salga como yo”. Se siente identificado con el padre, y en la entrevista constantemente hace alusiones “soy casi el 99% como mi padre: gritamos, llevamos gafas, él también era hiperactivo, también era así de pequeño. Ahora pierde los nervios por nada, lo paga con nosotros”. Sin embargo, lo rechaza. Podría interpretarse la identificación proyectiva de Klein: se proyectan aspectos del Yo que no gustan en el otro. Parece que ambos lo hacen con el otro; el hijo con el padre y el padre con el hijo. Partes de la propia personalidad que no se pueden asumir, se proyectan en el otro y se rechazan.

De los datos obtenidos en la anamnesis podría inferirse que hubo alguna dificultad para establecer un vínculo de apego seguro. Quizá por los problemas en el parto, por el temperamento del recién nacido, por las características de las figuras de apego o por la propia historia relacional de los padres con sus propias figuras de apego. Parece que existió falta de función alfa, falta de contención de las angustias del bebé. Tal como cita Pi Navarro, V. 2003 pg. 42: “Bion llamó función alfa al proceso de conversión de los elementos sensaciones en elementos psíquicos. Los símbolos son continentes de las sensaciones corporales, y la función Alfa tiene el objetivo, de al acumularse las sensaciones en la mente, darles significado”. Podría haberse dado una relación simbiótica aunque desajustada y con falta de contacto sensorial, con la madre en ausencia del padre (se infiere por las verbalizaciones del alumno, en las entrevistas y también en los resultados del cuestionario CaMir que evalúa las representaciones del apego en la adolescencia), según manifiesta la madre: “lo cogía lo justo, cuando no había más remedio”. El padre según manifiesta el alumno, “nunca ha estado, siempre trabajando”

Según Bion (Grinberg y col., 1972), las primeras representaciones mentales (Sentir afecto-Sentir sensación) se modulan a través de la sensoriomotricidad (y en este caso ha faltado contención a nivel sensorial) para dar paso después a la imagen visual y la palabra. Si hay fallos en este proceso de elaboración del pensamiento, puede darse falta de carga afectiva, vincular y de simbolismo (en la imagen visual, en la palabra), convirtiéndose la estructura de pensamiento en rígida y vacía de contenido emocional. La falta de función alfa y contención por parte de la figura de apego, y el consecuente desarrollo de un vínculo de apego preocupado-ansioso o desorganizado, pueden

ser hipótesis a considerar en cuanto al abordaje del caso. Además, parece que la figura paterna ha ejercido un papel desestabilizador en el desarrollo emocional del alumno, percibiéndola como intrusiva y amenazante. El miedo y la desconfianza parece que han estado presentes en el desarrollo del alumno, bien por hechos manifiestamente reales, o bien por la particular manera de vivir la realidad del alumno (rigidez, inflexibilidad, desconfianza, comprensión literal del lenguaje, patrón sensorial anómalo...). Según manifiesta la madre “al padre le habla mal”, “se enfada cuando le despiertan o le molestan”. Él dice “mi padre me corrige, me lo dice de una manera que me sienta mal, como si estuviera enfadado, como si lo hiciera todo mal, seguro que no se da cuenta”

También vive con desconfianza y recelo la figura de la hermana, puesto que al igual que al padre la vive como intrusiva. Al hablar de ella, lo hace con rabia y tensión. Le molesta mucho que le llamen la atención por su culpa, que se salte las normas, que no le digan nada, que le interrumpa y le toque sus cosas, que le imite “mi hermana es un trasto en miniatura, se tira encima cuando me duele la espalda” “me insulta, me pega, no hace caso de lo que le dicen” “me siento con ganas de que se la lleven y no la devuelvan, me hubiera gustado un hermano, más tranquilo” La corrijó “me da asco que haga ruidos comiendo, se sienta de rodillas...” La hermana se burla y a él no le gusta, se sobresalta y le dice “se me puede parar el corazón”. Según manifiesta la madre “tengo los cuchillos escondidos”. Él y su hermana nunca se quedan solos, quisiera que ella no estuviera, siempre pregunta dónde va a estar la hermana o qué va a hacer. A temporadas está más agresivo con ella.

Tanto el padre como la hermana son vividos por el alumno como “objetos perseguidores” (terminología Klein). La falta de mecanismos para integrar los objetos como totales hace que estos objetos se introyecten como parciales perseguidores, mientras que la madre se introyecta también como parcial, pero idealizada. Como se ha mencionado anteriormente, el alumno ha presentado algún episodio de querer llevar a cabo conductas autolíticas. Las conductas autolíticas, según Winnicot (\*\*\*) , podrían representar una falla en cuanto a la consolidación de espacios y objetos transicionales sanos y adecuados a la edad de desarrollo. Se podría hipotizar que al no haber desarrollado un vínculo saludable con la figura de apego, no se ha podido

transitar adecuadamente a través de los espacios y objetos transicionales, fijándose en conductas repetitivas y mecánicas que actuarían como objetos y espacios consoladores y no transicionales (terminología de Winnicott). Las conductas autolíticas suponen, conductas de repetición, como el objeto consolador, que no permite la elaboración de las emociones, es una conducta repetitiva que al contrario de lo que pueda parecer, produce cierto bienestar porque se tiene la sensación de control de pertenencia, al no haber objeto y/o espacio transicional que permita el movimiento de una posición a otra, cada vez más evolucionada y adaptada. No existe avance, superación o proyección saludable.

Es un comportamiento rígido y repetitivo que ofrece una falsa sensación de control y produce una respuesta la excitación y el dolor, que podría interpretarse que para el paciente son más adaptativas que la sensación de vacío, de desestructuración, de pérdida de control. En este aspecto convendría trabajar sobre espacios y/u objetos transicionales no lesivos, trabajar la elaboración de la pérdida de un espacio u objeto a otro más elaborado y adaptativo, con el fin de eliminar la rigidez e inflexibilidad que supone la adhesión a ese mecanismo y hacer la respuesta más adaptada y más flexible.

Este proceso hace referencia a los conceptos de: Posición depresiva-posición esquizoparanoide (M. Klein): M.S. transita entre las dos organizaciones. Cuanta más angustia acumula se encuentra más en posición esquizo-paranoide (desconfianzas, miedos, agresividad, aislamiento y conductas repetitivas). Cuando se encuentra más cómodo muestra una posición depresiva (interacciona, verbaliza, da sentido a su experiencia... siempre acompañado por la verbalización del adulto, haciendo función de espejo).

La falta de simbolismo que supone la incapacidad para distanciarse del objeto y la realidad, hace que existan intereses particulares que se caracterizan por ser rígidos y repetitivos. En el caso del alumno, sus intereses son: los coches, la mecánica y los videojuegos. El videojuego puede suponer para él una fuente de descarga que libera angustias y ansiedades (el personaje del videojuego también está solo, tiene que matar para conseguir elementos que le permitan vivir, todo son formas cuadradas -“me encanta lo cuadrado”-, todo se construye con formas cuadradas y el personaje

está formado por cuadrados... Refleja rigidez, rasgos obsesivos, repetitivos, inflexibles, mecánicos....). También le gustan los legos (hace coches, helicópteros), tiene una vitrina donde los tiene ordenados. Y el canal Discovery.

En sus intereses sí tiene preservadas todas las funciones mentales: atención, memoria, concentración. Desde pequeño, ha tenido mucha memoria en cuanto a sus intereses: de manera mecánica y repetitiva, al detalle (piezas de coches, marcas...)

Conclusiones anamnesis:

Llama la atención la presencia de psicopatología desde muy temprano. Las alteraciones en la conducta de sueño, y alteraciones conductuales (rabieta, comportamientos fóbicos, dificultad en la separación...) han estado presentes desde el principio del desarrollo. La madre manifiesta “con cuatro años ya se quería tirar por la ventana y a los coches por no ir al colegio”, “Tenía rabieta por todo”. La psicopatología estuvo presente desde muy temprano, y al diagnosticar un TDAH con pauta de medicación, nunca se intervino sobre la angustia y el malestar del niño. Su sufrimiento psíquico nunca se ha abordado mediante una psicoterapia que le haya permitido elaborar sus angustias y ansiedades. Dar oportunidad de transformar elementos beta en alfa (concepto de Bion: Grinberg y col., 1972), bajo un encuadre contenedor, mediante el establecimiento de un vínculo saludable con el terapeuta promovería una experiencia emocional diferente, y con ello la transferencia y generalización.

Según la Clasificación Diagnóstica 0-3 del National Center for Clinical Infant Programs (1998), se tendría que haber tenido en cuenta un posible trastorno relacionado con la relación (colérica-hostil o ansiosa-tensa).

Se puede inferir de los datos obtenidos en la anamnesis que el niño presentó psicopatología relacionada con posibles trastornos de la relación (según Criterios Clasificación 0-3). Al no ser atendida su sintomatología, y adormecer con la medicación su expresión, ha permanecido de manera crónica. Los síntomas se han ido modificando según la etapa del desarrollo, pero la angustia, el aislamiento, la rigidez y las dificultades de relación, siempre han estado presentes. Se confirma uno de los objetivos del presente trabajo: manifestar

la insuficiencia del modelo biomédico a la hora de abordar la evaluación y diagnóstico de este tipo de psicopatología, o en general de cualquier trastorno relacionado con la salud mental infantil.

La adolescencia es una etapa crítica en cuanto a desequilibrios psicóticos, cuando existe una mayor vulnerabilidad. La psicosis se manifiesta ante la frustración, ante acontecimientos que exigen responsabilidad y movilizan defensas paranoides. Y en el caso de este alumno, habría que realizar una intervención multidisciplinar adecuada a sus necesidades, con el fin de evitar un recrudecimiento de la sintomatología, que podría plantear serio riesgo para la integridad psíquica y/o física, de él mismo y/o de otras personas.

## PROCEDIMIENTO

A través de la demanda de la madre, se inició el proceso de evaluación del alumno, mediante la recogida de información con instrumentos varios como entrevistas familia-alumno, pase de pruebas, revisión de informes anteriores, coordinación Salud Mental Infantil, observación en contexto natural, observación en la relación con la evaluadora, observación en la relación con adultos, con iguales, con familia.

### Objetivos del estudio:

Tal como se cita en el resumen, “El presente trabajo supone una ejemplificación sobre estado actual de la cuestión en lo que al diagnóstico de TDAH se refiere “. Pretende a su vez contrastar los diferentes modelos en cuanto al abordaje del trastorno, para defender mediante la ejemplificación del caso, el modelo psicopatológico por su amplitud, y adecuación a la hora de abordar la psicopatología infantojuvenil.

Además de los objetivos generales otros objetivos más específicos en cuanto al caso, se enumeran a continuación:

- Evaluar al alumno en su globalidad para contrastar y descartar el diagnóstico médico actual de TDAH, con el fin de demostrar la sobregeneralización de este diagnóstico, y esclarecer, con la justificación necesaria, la psicopatología clínica subyacente.
- Evaluar la correlación entre patrones educativos familiares, vínculos afectivos, estilo de apego que

puede estar en la base de la psicopatología para intervenir en cuanto al desarrollo de patrones vinculares saludables, fomentando competencias parentales óptimas con la familia.

- Definir y establecer un diagnóstico clínico adecuado a las necesidades del alumno y de su familia, con el fin de orientar lo mejor posible la respuesta asistencial (orientación familiar, orientación escolar, orientación clínica, e intervención psicoterapéutica con el alumno).
- Establecer una propuesta de tratamiento ajustada a las necesidades del alumno y su entorno, basada en la gestión de estrategias que permitan la contención emocional y, con ello, el bienestar tanto del alumno como de su entorno (familia-escuela).

### Instrumentos de Evaluación aplicados a los padres:

Entrevista o anamnesis haciendo hincapié en la historia familiar, clínica, educativa, relacional...

### Instrumentos de Evaluación aplicados al alumno:

A continuación se describen los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos aplicados para la evaluación de las necesidades del alumno.

#### a. Evaluación Psicopedagógica:

La evaluación psicopedagógica tiene como objetivo evaluar las necesidades educativas especiales del alumno y realizar una propuesta sobre la mejor respuesta educativa para atender sus necesidades. De la evaluación psicopedagógica se extraen las siguientes conclusiones: capacidad cognitiva dentro de la media (aunque con resultados más bajos en Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento, aspectos afectados en procesos de falta de atención y rendimiento escolar). Su estilo de aprendizaje manifiesta un ritmo lento, se muestra demandante de ayuda, con dificultad para trabajar en grupo, y dificultades de atención, aislamiento, actitud tranquila, pasa inadvertido para sus compañeros, no inicia relaciones, se muestra contento y sigue las normas. Diagnóstico psicopedagógico (según clasificación DSM-IV): TDAH, con predominio Déficit de Atención F 90.8. Coincide con diagnóstico médico emitido por el Hospital de referencia. Se propone Adaptación Curricular Individual Significativa en Castellano y Valenciano y que sea atendido por el maestro especialista en Pedagogía Terapéutica.

b. Cuestionario Evaluación Apego. CAMIR reducido.

Los autores: Nekane Balluerka, Fernando Lacasa, Arantxa Gorostiaga, Alexander Muela y Blaise Pierrehumbert desarrollan en su artículo, una versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego (Nekane Balluerka y col, 2011). El artículo realiza una revisión del cuestionario CAMIR, para elaborar modelo de autoinforme con carácter retrospectivo, de más fácil aplicación. En el artículo (Nekane Balluerka y col, 2011), se justifica la necesidad de evaluar la representación del estilo de apego desde la aplicación de un cuestionario, en este caso el CAMIR, y realiza una revisión de ese instrumento con la intención de hacerlo más reducido y así facilitar su aplicación, en la población adolescente a la que va dirigido.

De la aplicación del cuestionario CaMir-R se extraen las siguientes conclusiones, respecto al alumno estudiado (tras un análisis cualitativo de las respuestas del alumno):

1. Dimensión “Seguridad”: puntuaciones medias.
2. Dimensión “Preocupación Familiar”: puntuaciones altas.
3. Dimensión “Interferencia de los padres”: puntuaciones que reflejan más acuerdo.
4. Dimensión “Valor y Autoridad de los Padres”: puntuaciones altas, acuerdo total.
5. Dimensión “Permisividad Parental”: puntuaciones medias, que expresan acuerdo parcial.
6. Dimensión “Autosuficiencia y rencor contra los padres”: punt. altas acuerdo casi total.
7. Dimensión “Traumatismo Infantil”: puntuaciones variadas; no peso importante.

Así pues, se puede concluir que las dimensiones en las que el alumno puntúa más alto son las de preocupación familiar, interferencia de los padres, valor de la autoridad de los padres y autosuficiencia y rencor contra los padres. Este perfil de respuestas, con mayor peso en estas dimensiones, se correspondería, según los criterios del artículo con un estilo de apego inseguro: tanto preocupado (Dimensión “Interferencia de los padres” y “Preocupación Familiar”) con síntomas internalizantes, como evitativo (Dimensión “Autosuficiencia”), con síntomas externalizantes (en ocasiones, aunque predomina más en este caso la internalización). Los resultados se corresponden con la

personalidad del alumno. La mayor parte del tiempo, se muestra pasivo (síntomas internalizantes), pero en ocasiones tienen o ha tenido explosiones de rabia con el fin de evitar situaciones que le producían angustia o malestar (síntomas externalizantes. Por tanto parece ser que habría existido según la representación del alumno, un patrón de apego inseguro, lo cual supone un factor de riesgo en el desarrollo de la psicopatología y los síntomas que presenta.

c. Técnicas Proyectivas: dibujo libre, dibujo familia, dibujo persona.

El dibujo es una herramienta básica para el diagnóstico y evaluación en los procesos de salud mental infantil. El dibujo es en el niño, lo que la asociación libre en el adulto en psicoterapia. Como así lo afirman diferentes autores en sus publicaciones. Pi Navarro, V. por ejemplo, en su publicación cita: “Las imágenes mentales que nos aportan los alumnos en sus dibujos o en sus historias, son expresiones de sus propios objetos internos, y es importante detallar sus particularidades para averiguar, posteriormente en nuestra intervención de asesoramiento y consulta terapéutica, sus transformaciones”. (Pi Navarro, V. 2003). Y Taborda y Abraham en otra publicación citan: “Las pruebas gráficas muestran los aspectos más profundos de la personalidad, dado que el lenguaje que en ellas surge está menos sujeto al control voluntario consciente.” (Taborda y Abraham 2004).

Por ello, en el presente trabajo se intenta realizar una interpretación de los diferentes dibujos del alumno (dibujo de la persona, dibujo de la familia, dibujo de la casa, del árbol y dibujo libre), como instrumento en cuanto a la evaluación y diagnóstico del alumno.

Conclusiones sobre la interpretación de los dibujos. Los rasgos principales que se observan son: la falta de simbolismo (separación del objeto y falta de elementos alfa que organizan y dan sentido a la experiencia), la rigidez (formas angulosas, trazos rectos y firmes, movimiento rígido...) el aislamiento (se observa en el dibujo de la casa, la persona y el árbol), la tendencia a la fantasía (se ve en la distribución de los dibujos en la hoja-parte superior y también en el dibujo libre-fantasía de guerra) esta tendencia a la fantasía produce aislamiento y evasión de la realidad, evitación del sufrimiento de la relación.

En el dibujo de la persona se observa la dificultad para la relación y el vínculo. El cuerpo es rígido y robótico, el continente que controla el contenido. Se sabe y se manifiesta solo (aislado). En actitud de comunicar, expresa su deseo de relacionarse y de comunicar, pero sus dificultades en cuanto al vínculo, no se lo permiten. En el dibujo de la familia se observan rasgos paranoides: sentimiento de vigilancia (todos le miran a él, y él mira a los demás). En una relación sana no existe necesidad de mirar, porque no existe desconfianza (se vigila al objeto perseguidor). La madre tiene también una mirada extraña (un ojo de frente y el otro de reojo). Otra vez se observa falta de función alfa (podría interpretarse como madre desconcertante no realiza función de transformar elementos beta y dar sentido, no eliminar angustias). El primer continente es el abrazo y el segundo la mirada (en este caso parece que han fallado ambos). El dibujo es inquietante por la incongruencia (mirada vigilante y sonrisas). Se percibe la simbiosis con la madre en sus verbalizaciones (“pienso en estar con mi mami, estoy con ella en el sofá y la abrazo”). No hay espontaneidad: no hay movimiento ni interacción entre ellos.

En el dibujo libre se ve su historia de vida. Su vida es una guerra y así lo manifiesta. Corresponde a la posición esquizo-paranoide (violencia, destrucción, amenaza y desconfianza). Igual que en el dibujo de la familia, se observa desconfianza y vigilancia. Con alienígenas que vienen a apoderarse de la vida y las riquezas del mundo. Se manifiesta muy destructivo (armas, misil, cañón...). Expresa una vez más la incapacidad para simbolizar, para transformar la angustia. La angustia se hace presente en el dibujo. Percibe toda esa angustia y conflictividad en su existencia y no la puede elaborar, dar sentido.

En el dibujo de la casa, se muestra defensivo (ventanas cerradas), con dificultades para la relación (puerta pequeña y cerrada), con falta arraigo-estabilidad (falta línea de suelo, casa, flotando), paredes altas y definidas (necesidad de autocontrol), tendencias paranoides y necesidad de control del exterior (claraboya en el techo), aislamiento (casa solitaria, sin accesorios-árbol, camino... que manifiesta vacío ambiental, solo vive una persona: es el personaje del videojuego con el que se identifica y su perro).

En el dibujo del árbol, una vez más se observa el aislamiento (el árbol está solo), la rigidez y obstinación (tronco largo y líneas rectas), tendencias regresiva con

necesidad de protección o miedo a una parte de la personalidad que puede desmoronarse, la tendencia a la fantasía (tronco alto), la falta de seguridad (falsa línea de base, por eso utiliza la línea de la hoja como base del dibujo),

La falta de simbolismo en los dibujos, tal como cita Grinberg en su publicación “Introducción a las ideas de Bion” esa expresión de falta de elementos alfa y presencia de elementos beta: “Los pacientes que presentan serios trastornos en su capacidad de pensar son considerados, a la luz de este modelo, como poseyendo una función-alfa deteriorada...En su lugar, predominarán los elementos-beta que subyacen a la tendencia a las actuaciones y a usar el pensamiento concreto, debido a la incapacidad de simbolizar y de hacer abstracciones” pg 60. (Grinberg y col., 1972).

En el caso de este alumno, a través de los dibujos, una vez más, se interpreta la falta de elementos alfa que den significado a la experiencia, estando presentes elementos beta (sensaciones, afectos,... sin conciencia) De aquí surgen tanto los trastornos de relación por la incapacidad de separarse del objeto de manera sana (simbiosis con la madre) como de los trastornos del aprendizaje (incapacidad para dar sentido, interpretar, asimilar, globalizar... manifestando dificultades de comprensión, atención, memoria...). La falta de elementos alfa, se relaciona según el modelo de Bion, con la falta de contención materna, la falta de función alfa (significar los procesos del bebé, significar los elementos beta) Dificultad para separarse de lo concreto, de la sensación y representar el objeto en su ausencia. Igualmente en esta publicación (Grinberg y col., 1972), se cita: “es necesario destacar que Bion considera la tolerancia a la frustración como un factor innato de la personalidad del bebé y, por tanto, de gran importancia en el proceso de formación de pensamientos y en la capacidad de pensar” “La capacidad de formar pensamientos, dependerá entonces de la capacidad del niño para tolerar la frustración.” “En cambio su intolerancia a la frustración en lugar de modificarla, y lo que debería ser un pensamiento queda como un objeto malo, indistinguible de una “cosa-en-sí-misma”, adecuado sólo para ser evacuado”. Pg 64. Las conclusiones en cuanto a la interpretación de los dibujos, son congruentes con los datos obtenidos mediante los diferentes instrumentos: entrevistas, observación, cuestionario de apego y test de personalidad. Están presentes elementos comunes como: el aislamiento, la

desconfianza, la vigilancia, la preocupación, la angustia, la agresividad, la rigidez... Todos aspectos paranoides y psicóticos, que manifiestan la personalidad del alumno.

#### d. APQ 16-PF Cuestionario de Personalidad para adolescentes

Según los criterios de corrección de la prueba, se extraen las siguientes conclusiones:

De los resultados obtenidos en la Dimensión Extraversión, se concluye que el alumno es una persona autosuficiente que es calculadora y no espontánea, con cierto nivel de vigilancia y cautela (eso le puede hacer parecer distante y aislado), serio y tímido al mantenerse al margen y no ser espontáneo. En cuanto a la Dimensión Ansiedad, el alumno se percibe y manifiesta como una persona ansiosa, con baja estabilidad emocional y alto nivel de vigilancia. Los resultados en la Dimensión Dureza se corresponden con una persona con exceso de objetividad que implica falta de sensibilidad, reservada en el trato, lo que implica distancia emocional y poco abierta al cambio lo que puede implicar conductas mecánicas o repetitivas. En cuanto a Abstracción, podría interpretarse que pudiera ser por la utilización de la fantasía como mecanismo de evasión y aislamiento. En cuanto a la Dimensión Independencia, podemos concluir que es una persona poco independiente que no se arriesga, que se acomoda, se cohibe, es tradicional sin apertura al cambio, y a su vez vigilante lo que implica independencia y distanciamiento y con tensión que también implica distancia. En la Dimensión Autocontrol, es en la que se observa falta de congruencia entre las escalas. En algunas puntuas en base a la característica de autocontrol y en otras en la categoría persona desinhibida. Es auto controlado en cuanto a atención a las normas, apertura al cambio, y animación. Es desinhibida en perfeccionismo (tolera el desorden), abstracción (podría interpretarse por la fantasía), y afabilidad (la prueba valora una persona fría como desinhibida, impersonal, distante).

La prueba evalúa también la percepción que el alumno tiene sobre dificultades cotidianas. Y se concluye a través de los resultados que el alumno presenta un alto grado de malestar personal, tal como indican las subescalas de: desánimo (PC80), preocupación (PC 75), imagen sobre sí mismo (PC 80) y disconformidad general (PC 80). Y en cuanto a la percepción de meterse en problemas: destaca la subescala autoridad (PC 80),

que indica dificultades con la autoridad (puede haber obtenido este resultado por las dificultades de relación con el padre). En la subescala Ira, obtiene un PC de 60, lo cual indica que a pesar de las dificultades percibidas, en este momento no hay sensación de falta de control por ira. En cuanto a los totales de dificultades percibidas, el alumno percibe dificultades en alto grado en todos los ámbitos: Dificultades en casa (PC 80), Dificultades en el colegio (PC80) y Afrontamiento deficiente (PC80). Será necesario tener en cuenta su percepción en cuanto a las dificultades a la hora de diseñar las propuestas de tratamiento y estar muy atentos a su evolución puesto que puntuar alto en desánimo y dificultades, supone un factor de riesgo a tener en cuenta. Los resultados del cuestionario de personalidad, son coherentes en cuanto a la observación y los datos recogidos de las demás pruebas, entrevistas, anamnesis. El alumno se caracteriza sobre todo por falta de extraversión (lo que implica introversión aislamiento y conductas internalizantes), alta ansiedad (lo que implica preocupación, vigilancia, falta de estabilidad emocional) y escasa independencia (lo que implica tensión, vigilancia, escasa capacidad de adaptación y apertura al cambio).

#### e. Pruebas para la evaluación del Trastorno Espectro Autista.

El alumno obtiene en ambas pruebas, puntuaciones que según los criterios de corrección de las mismas, indican la sospecha de rasgos propios de Síndrome de Asperger.

- Escala Autónoma para la detección del S. Asperger. Obtiene una puntuación en la escala de 48, siendo la puntuación promedio de 3. Según los criterios de corrección de la prueba, existe sospecha cuando la puntuación directa se acerca a 36 (el máximo es 72), y la puntuación promedio se acerca a 2 (el máximo es 4). Las puntuaciones se acercan e incluso sobrepasan a la puntuación criterio, lo cual manifiesta la presencia de indicadores que hacen sospechar T. Asperger.
- Escala Australiana para la detección del S. Asperger y el autismo de alto nivel de funcionamiento. El alumno obtiene una puntuación de 3.88. Una puntuación entre 2-6 indica que se hace necesaria una valoración más exhaustiva puesto que existen indicadores para el diagnóstico de S. Asperger.

#### f. Escala francesa de clasificación de los trastornos

mentales 0-3. National Center for Clinical Infant Programs 1998. (con carácter retrospectivo).

Según algunos datos extraídos de la anamnesis, podría hipotetizarse atendiendo a los criterios de la escala, en el Eje I: Diagnóstico Primario: un posible Trastorno afectivo por ansiedad 201 “Niveles excesivos de ansiedad o miedo en el infante deambulador, más allá de las reacciones esperables a los desafíos normales del desarrollo”. Un posible: Trastorno de la regulación de tipo I: Hipersensible, negativo y desafiante 401 (“Pautas conductuales: negativista, obstinado, controlador y desafiante; dificultad para las transiciones; prefiere la repetición al cambio. Patrones motores y sensoriales: hiperreactividad al contacto y los sonidos; capacidades visoespaciales intactas; capacidad para el procesamiento auditivo comprometida; buen tono muscular y aptitud para la planificación motriz; presenta algún retraso en la coordinación motriz fina”. También un Trastorno de la conducta de sueño 500 (“Tiene dificultad para iniciar o mantener el sueño. Puede también tener problemas para calmarse y manejar las transiciones entre los diferentes niveles del dormir y el despertar”) o un Trastorno del relacionamiento y la comunicación Patrón C 703

En el Eje II: Trastornos de la Relación: Relación colérica-hostil 904 .o Relación ansiosa/tensa 903.

g. Criterios Diagnósticos DSM-V y Diagnóstico posible.

De los datos recogidos a lo largo del proceso de evaluación, se puede inferir el diagnóstico actual posible según DSM-V: T. Espectro Autista Grado 1. (Anteriormente T. Asperger) y podría hipotetizarse que por las características borderline del alumno, si se dieran acontecimientos que desequilibran la vida psíquica del alumno, podría derivar en un T. esquizoide de la personalidad o en un T. esquizotípico. (DSM V A.P.A. 2013).

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

### Intervención Psicoeducativa:

Desde el presente trabajo, y dadas las necesidades del alumno, se propone un modelo de intervención, basado en el modelo clínico (psicopatológico), y el psicopedagógico (modelo constructivista-cognitivista y del aprendizaje significativo). El modelo constructivista, basado en teóricos relevantes en el ámbito educativo como Piaget o Vigotsky, va en

paralelo al modelo clínico, pues respeta y trabaja todas las áreas del desarrollo, y se ajusta a las necesidades psicoemocionales de los alumnos.

Tal como cita Coll C. en su publicación (Coll, Palacios, Marchesi 2001) “La idea original del constructivismo es que el conocimiento y el aprendizaje son, en buena medida, el resultado de una dinámica en la que las aportaciones del sujeto al acto de aprender juegan un papel decisivo” “El conocimiento y el aprendizaje no son pues nunca el resultado de una lectura directa de la experiencia, sino más bien el fruto de la actividad mental constructiva mediante la cual, y a través de la cual, las personas leemos e interpretamos la experiencia”. Tanto el modelo psicopatológico, como el constructivista, ponen énfasis en la perspectiva relacional, como fuente de los procesos mentales, emocionales, cognitivos. El alumno construye su propio aprendizaje en función de su potencialidad (zona de desarrollo próximo Vigotsky), su interacción con el ambiente (enfoque relacional del aprendizaje: Vigotsky...) mediante la asimilación y acomodación de los aprendizajes y la movilización de los esquemas preexistentes para la formación de nuevos (concepto de Piaget). Esta perspectiva del aprendizaje basada en la interacción, es congruente con la orientación psicológica de autores psicoanalíticos como Bion, Winnicott, Klein, Pi. V... (citado anteriormente). Los conceptos de asimilación, acomodación, significatividad son congruentes con los de transformación de elementos beta en alfa, a los elementos ya existentes (beta) se añadirían nuevos (alfa) para dotar de significado y transformar (nuevos esquemas), mediante un objeto que ejerza la función alfa (profesor). En este sentido, cabe destacar, la importancia de utilizar metodología basada en la imagen mental: promover la formación de imágenes mentales adecuadas ayudará al proceso de asimilación-acomodación y la reestructuración de los esquemas (Piaget) en base a nuevas imágenes mentales. Se puede trabajar pues, a partir de viñetas, cómic, historias sociales, ordenador, videojuegos, video....

En el caso de M.S. sería muy importante reparar sobre la calidad del vínculo establecido con la persona encargada del apoyo educativo. Para restablecer la función alfa y con ello la integración y globalización de los aprendizajes. Ejerciendo función alfa: Función del doble (Pi V. 2003), se trabajaría la contención y con ello la comprensión, autorregulación de las emociones y en consecuencia las habilidades sociales y de relación. Tal

y como cita este autor: "Destacamos que la propuesta de las reeducaciones no están basadas en el aspecto cognitivo. Tienen que partir de lo emocional para llegar a lo cognitivo o lo curricular. El aprendizaje formal es experiencia emocional, pero en los niños con problemas de personalidad el vértice cambia. Lo cognitivo solo es un soporte de la relación y del desarrollo mental que es ante todo emocional". (Pi V. 2003). Dentro de la programación curricular, también se podrían plantear actividades de grupo donde trabajar dialógicamente situaciones sociales, a ser posible reales, surgidas en las dinámicas de grupo.

La metodología debería ser totalmente experiencial y manipulativa basada en proyectos (talleres y metodologías prácticas) donde fomentar la adquisición de competencias básicas, trabajando de manera global e interdisciplinar, con el objetivo de dar sentido a la experiencia de aprendizaje, ofrecer estructura e integrar de esa manera los aprendizajes. Por ejemplo mediante talleres prácticos relacionados con sus centros de interés. Un ejemplo podría ser: taller de mecánica o tecnología, donde construir con sus propias manos maquetas o prototipos de coches o maquinaria que le gusta y le motiva. El trabajo por proyectos responde de manera individualizada a las necesidades del alumno en todas las áreas del desarrollo, potenciando de esa manera el desarrollo socioemocional y favoreciendo en consecuencia la autonomía y autoestima del alumno. Al adaptarse los proyectos a la zona de desarrollo próximo del alumno, se ve reforzado el sentimiento de autoeficacia y con ello la autoestima. Desde la perspectiva del trabajo por proyectos se trabajan y se integran de forma natural en el desarrollo de la actividad todas las competencias básicas que recoge la normativa actual en el ámbito educativo: competencia matemática, competencia lingüístico-comunicativa, competencia social y ciudadana, competencia en emprendeduría e iniciativa personal, competencia en aprender a aprender. Trabajar por proyectos, desde la zona de desarrollo próximo y a su vez ejerciendo contención desde la función alfa del educador, ayudará además a trabajar el simbolismo. Proporcionando experiencias de aprendizaje cada vez más abstractas, con el apoyo de la imagen visual, y desde un vínculo de seguridad (que facilite la separación segura del objeto-educador) ayudaremos al desarrollo de procesos simbólicos cada vez más complejos (de conceptos más concretos a conceptos más abstractos/de interacciones con el objeto más rígidas a interacciones más abiertas). Todo ello favorecerá la seguridad en

cuanto a los procesos de aprendizaje y en cuanto a la relación, minimizando la inseguridad, la frustración y con ello el miedo y la desconfianza. En relación con lo anterior Pi V. cita en su publicación (Pi Navarro, V. 2003), acerca de "la catástrofe" presente en todo proceso psicótico: "el cambio catastrófico es imprescindible para el desarrollo mental e implica las consecuencias por el tránsito necesario por contextos desconocidos que requieren desorganización y derrumbe de estructuras o significados anteriores para tener nuevas adquisiciones. El cambio catastrófico tiene que ver con el desarrollo mental...(enlaza con procesos de asimilación.-acomodación y movilización de esquemas de la teoría del aprendizaje de Piaget). Se debe tener en cuenta también la adecuada estructuración del tiempo y del espacio, para promover el orden, y la comprensión de las situaciones, eliminar fuentes de estrés y desorganización, todo ello fomentará la contención emocional y la regulación emocional en consecuencia.

3.3.2. Intervención Sociofamiliar: Sería conveniente a su vez trabajar con la familia para estimular competencias parentales positivas para el desarrollo psicoemocional de M.S. Ayudar a los padres a comprender y aceptar las necesidades de su hijo (incrementar la sensibilidad hacia las necesidades del alumno). Acompañar en la gestión emocional del impacto que puede suponer un nuevo enfoque en el diagnóstico de la patología de M.S. el duelo por la pérdida de "hijo imaginario" es uno de los aspectos que pueden estar a la base de las dificultades en cuanto a las dinámicas familiares. Al no reconocer los padres, por desconocimiento, las necesidades de su hijo, no ha habido adecuada respuesta a esas necesidades, ni sincronía en la respuesta, etc. Por tener una idea de hijo, unas expectativas, no coherentes con la realidad. Este hecho, puede haber contribuido al mantenimiento de la psicopatología y al desarrollo de un estilo de vinculación que no ha resultado de base segura para M.S. Habría que trabajar pues, el proceso de duelo de los padres, y la aceptación de las necesidades de su hijo. También puede que tengan peso los factores hereditarios, pues de la anamnesis, se desprenden rasgos de rigidez y dificultad de relación en la familia paterna, así como historia de falta de función alfa en la familia materna. En este sentido puede que estén presentes factores genéticos y factores de transmisión intergeneracional de patrones de apego inseguros. Además, las dificultades de M.S en cuanto a la comprensión de la comunicación no verbal y la comprensión literal e inflexible, hacen que se produzca un estado de confusión y frustración permanente entre todos los miembros de la estructura

familiar. M.S no se siente entendido y se frustra, con gran angustia e incapacidad para elaborar sus emociones, por su excesiva rigidez y literalidad. Existe pues un clima familiar, que puede suponer un factor de riesgo en cuanto al recrudecimiento de la sintomatología del alumno, si no se interviene. Mediante videofeedback de dinámicas familiares, se podría trabajar sobre la mentalización en los padres, de los propios estados emocionales, y de la comprensión de los estados emocionales de M.S. promoviendo así la comprensión de las situaciones de conflictividad e incorporando poco a poco estrategias de comunicación que permitan la adecuada resolución y abordaje de esas situaciones. También se trataría de esta manera, de incrementar la capacidad de contención emocional de los padres hacia M.S, reestableciendo la función alfa. Se puede plantear también un trabajo terapéutico con la unidad familiar (el grupo), El acompañamiento emocional realizado por el terapeuta, servirá como base segura, para la expresión y la comunicación de los estados emocionales del grupo. El terapeuta sería un dinamizador de la experiencia de toma de contacto con esa, sensibilidad y sensibilidad hacia las demandas de los otros miembros de la unidad familiar. Y el objetivo, lograr un equilibrio de convivencia y relación saludable entre los diferentes miembros, favoreciendo poco a poco la adquisición de competencias relacionales positivas que implicarían por parte de los miembros: mejorar sus niveles de mentalización, y automentalización, sensibilidad y sensibilidad, y capacidad de contención, hacia las necesidades propias y de los demás y sincronía e las respuestas.

#### Intervención Psicoterapéutica Individualizada:

A nivel individual, convendría trabajar sobre aspectos anteriormente citados como: función alfa para la transformación de elementos beta en alfa a través de la relación con el terapeuta, trabajo del autoconcepto y la autopercepción a través de la elaboración del concepto de falso self, las identificaciones proyectivas mediante dramatizaciones, los espacios y/u objetos transicionales, a través del vínculo seguro con el terapeuta, a través de la transferencia y generalización de la relación terapéutica, Mediante técnicas como: dramatizaciones, juegos dialógicos, trabajo de el doble ( para hacer la función e espejo), la imagen visual a través del dibujo o cómic, cuentos, historietas...La falta de proceso simbólico que se manifiesta en las dificultades de aprendizaje: se puede trabajar mediante el juego,

las representaciones, el distanciamiento saludable del objeto para romper la simbiosis, asociando con sensaciones positivas agradables, en el ambiente de la intervención (seguro y relajado) con el vínculo con el terapeuta (seguro) y la función alfa de este..... ir rompiendo la simbiosis, el apego ansioso a lo real y lo concreto, para pasar a la separación tranquila y con ello la permanencia de la imagen menta, la representación del objeto en su ausencia (objeto total malo/bueno)... Mejorará a su vez la transición (objetos y espacios transicionales), el movimiento de objetos y espacios más rígidos y repetitivos, a otros más adaptados adecuados a su desarrollo, donde ir avanzando entre espacios y objetos (desaparecerán conductas autolíticas, perseveraciones, pensamientos repetitivos.....) Con M.S.,se podría trabajar también a nivel sensorial para favorecer el desarrollo de funciones ejecutivas y a su vez el vínculo con el terapeuta: actividades sensoriales de relajación, actividades y juegos psicomotrices que impliquen secuencias, estructuración.... El objetivo de la terapia sería, fomentar su capacidad de adecuada interpretación y relación con el entorno e incrementar su bienestar emocional, al reducir su frustración por la falta de comprensión. Incrementar sus competencias relacionales y de automentalización para ser consciente de sus necesidades y sus posibilidades de relación con el entorno. Desarrollar estrategias para reducir y gestionar la angustia y la frustración, la ira y la falta de contención. Fomentar herramientas que le permitan formas sencillas de autorregulación y autocontención....

#### CONCLUSIONES.

El presente trabajo supone una ejemplificación de la gran controversia actual en cuanto al abordaje del diagnóstico de TDAH, desde su etiología a su evaluación, hasta los criterios diagnósticos y las propuestas de tratamiento. El modelo biomédico asume como único factor etiológico la predisposición biológica y el origen neuroquímico de la sintomatología. En consecuencia aborda el tratamiento desde la prescripción de psicofármacos, como el metilfenidato (la anfetamina más utilizada en el tratamiento del TDAH) como tratamiento generalizado de primera opción. Su uso se ha multiplicado exponencialmente de manera alarmante en los últimos años, contrariamente a lo que recomiendan algunas de las Guías de Práctica Clínica más valoradas por diferentes profesionales del ámbito de la salud mental infantil. En el momento actual,

multitud de profesionales intentan con argumentos sólidos y científicos, frenar la sobre medicalización imperante en cuanto al TDAH. Sin embargo, sistemas de clasificación rígidos y reduccionistas como el DSM-V, facilitan enormemente el sobre diagnóstico, puesto que propician un diagnóstico rápido y deficitario, que no tiene en cuenta la pluralidad de factores intervinientes en el desarrollo del trastorno.

El sobre diagnóstico, con la consecuente sobre medicalización, supone un grave riesgo a nivel global en cuanto a la salud mental infantil, puesto que la medicación tiene graves efectos secundarios, que no han sido estudiados a largo plazo, y ni siquiera asegura que la sintomatología psicopatológica se cure, sino que incluso se cronifique, se adormezca según la etapa, o se agrave en el transcurso del desarrollo por un abordaje deficitario e incorrecto. El uso de la medicación como tratamiento de primera opción, sin el intento si quiera de intervenir a nivel clínico, familiar y educativo sobre el mundo afectivo del niño, supone un grave maltrato hacia la infancia, pues se vulneran algunos de los derechos básicos de los niños como: el derecho a tener una protección especial para el desarrollo físico, mental y social, el derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada, o el derecho a la protección contra cualquier forma de abandono, crueldad y explotación (según la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1959. Unicef 1991.). El abuso de la medicación supone una desprotección por los numerosos riesgos, y supone un abordaje cruel, pues el uso generalizado no se justifica, cuando no se agotan otro tipo de tratamientos. El modelo biomédico resulta insuficiente para comprender la complejidad de la evaluación y tratamiento de la psicopatología infantojuvenil. Se justifica pues una compleja y necesaria coordinación de todos los profesionales que atienden a la población infantojuvenil. Sería necesario un protocolo exhaustivo y detallado de constitución y coordinación de equipos multidisciplinares, para el análisis de necesidades de la zona de actuación, desarrollo de programas de prevención, la detección, intervención y tratamiento y seguimiento de los alumnos y sus familias, desde los diferentes ámbitos (clínico, social, escolar, familiar, individual...).

En la mayoría de ocasiones, tras el diagnóstico de TDAH se esconden diversas estructuras de personalidad con mayor o menor grado de patología.

Es necesario abordar desde una perspectiva global y pluridisciplinar el trastorno de la personalidad y no tratar aisladamente el síntoma, pues de lo contrario no se ofrece una respuesta que atienda a las necesidades reales de los alumnos y sus familias. De lo contrario, se están obviando trastornos psicológicos que pueden resultar de alta gravedad, y pueden tener consecuencias serias en cuanto a la integridad psíquica y/o física de los pacientes y/o su entorno. El caso expuesto en el presente estudio, supone una ejemplificación clara y contundente de lo dicho anteriormente. Tras un abordaje psicopatológico, mediante una evaluación que tiene en cuenta la pluralidad de factores intervinientes en el desarrollo del trastorno (evaluación de los vínculos familiares, de la historia de desarrollo y sociofamiliar, y del estado emocional actual del alumno), se observa una estructura de personalidad límite/caracterial, que de no abordarse de la manera correcta puede suponer un riesgo para la salud psíquica y/o física del alumno y/o su entorno. Se demuestra, por tanto, que el abordaje biomédico resulta erróneo e insuficiente, y que el TDAH no debe ser el diagnóstico principal (rígido y aislado) sino que hay que tener en cuenta la multitud de factores mencionados en el párrafo anterior. El déficit de atención se debe interpretar pues como un síntoma de un trastorno global de la personalidad, del sufrimiento psíquico que presenta el alumno. Tal y como exponen numerosos autores en la actualidad, solo el modelo psicopatológico puede abordar la problemática desde su complejidad, pues tiene en cuenta la pluralidad de factores intervinientes en el desarrollo de los trastornos de la salud mental infantojuvenil. La propuesta de tratamiento que se sugiere en el presente estudio, responde a las necesidades del alumno y su entorno en todos los ámbitos: individual, familiar y educativo. Bajo una intervención de tipo clínico, psicosocial y educativa, se consigue dar respuesta a las necesidades globales del alumno y su entorno.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 4th ed.). Washington, DC: Author. (Asociación de psiquiatría de los Estados Unidos, (2000). Manual de Diagnóstico y estadísticas de desordenes mentales, (4ª ed. revisada). Washington, DC: Autor.)

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Avila M.E. (2004) Datos y reflexiones acerca del uso del metilfenidato (Ritalín) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revista Facultad de Medicina UNAM. Vol 47, Nº 001 Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12765>
- Coll C. Palacios J., Marchesi A. (2001). Desarrollo psicológico y educación. 2. Psicología de la educación escolar. Psicología y Educación. Madrid. Alianza Editorial.
- Dossier informativo sobre la campaña internacional a favor de una psicopatología clínica, que no estadística. (2014) Disponible en: <http://www.asmi.es/arc/doc/Manifiesto%20a%20favor%20psicopatolog%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%202015%20BCN%20BA.pdf>
- Janín. B. (2011). El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. . México. 1º Edición. Colección conjunciones. Noveduc libros del Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico S.R.L.
- Janín. B. et. Al. (2004) Niños desatentos e hiperactivos. ADD-ADHD: reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. . México. 1º Edición. Colección conjunciones. Noveduc libros del Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico S.R.L
- Lasa Zulueta A. (2001). Hiperactividad y Trastornos de la Personalidad. I Sobre la Hiperactividad. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 31/31, 5-81. Disponible en: <http://www.seypna.com/documentos/articulos/lasa-hiperactividad-trastornos-personalidad.pdf> .
- Lasa Zulueta A. (2003). Hiperactividad y Trastornos de la Personalidad. II Sobre la Personalidad Límite. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 35/36, 5-117. Disponible en: <http://www.seypna.com/documentos/articulos/lasa-hiperactividad-trastornos-personalidad2.pdf>
- Lecannelier F. (2006). Apego e intersubjetividad I. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Chile. LOM ediciones.
- Lecannelier, F. (2009). Apego e Intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda parte: Teoría del apego. Chile. Primera edición. LOM Ediciones.
- Leon Grinberg, Daria Sor, Elisabeth Tabak de Bianchedi (1972). Introducción a las ideas de Bion. Buenos Aires.Colección Psicología Contemporánea, dirigida por Jorge Rodríguez. Ediciones Nueva Visión.
- Masias Arias, L. Fiestas-Teque, L. (2014). Psicosis desencadenada por metilfenidato en un adolescente con trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Rev Neuropsiquiatría, Lima, v.77, n. 3, jul. Disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972014000300006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000300006&lng=es&nrm=iso)
- National Center for Clinical Infant Programs. 1998 Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. Clasificación diagnóstica: 0-3. Buenos Aires. Paidós.
- Balluerka N. (Universidad del País Vasco), Lacasa F. (Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona) Gorostiaga A., Muela A. (Universidad de Mondragón) y Pierrehumbert B. (Universidad de Lausanne) (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. Psicothema. Vol. 23, nº 3, pp. 486-494 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG Disponible en: [www.psycothema.com](http://www.psycothema.com)
- Pi Navarro, V. (1995) Adaptaciones Curriculares. Los procedimientos en la construcción del aprendizaje. Valencia. Promolibro.
- Pi Navarro, V. (2003). Experiencias con autistas, psicóticos y caracteriales. La mano de Dios. Valencia. Promolibro..
- Pi Navarro, V. (2005). Reeducción en el espectro autista. Trastornos generales del desarrollo en instituciones educativas.Valencia Promolibro.

- Pi Navarro, V. (1992). Adaptación curricular en el uso de los dibujos libres. Revista Información Psicológica. Nº 50.

- Segal H.. (1979). Melani Klein. Glasgow. Publicada por: Fontana, Collin W. Sons and Co.Ltd Traducción: Monica Quijada Mauriño. Disponible en: [www.elortiga.org](http://www.elortiga.org)

- Taborda A. Abraham M.A. (2004). El CAT y el dibujo libre como recurso diagnóstico de grupo psicoterapéutico de niños. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. 37/38, 113-130. Disponible en: [www.seypna.com/articulos/cat-dibujo-vinculo](http://www.seypna.com/articulos/cat-dibujo-vinculo).

- Unicef. (1991). Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN\\_06.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf)

- Winnicot. (2009). D. W. Realidad y Juego Gedisa. Documento Traducción (J.B Pontalis). Disponible en: <http://imago.yolasite.com/resources/WINNICOTT,%20Realidad%20y%20juego.pdf>

## 5.2. Webografía.

### Fuentes de documentación consultadas:

1. Asociación para la docencia y la investigación en salud mental de Eivissa y Formentera. <http://www.adisamef.com/>

2. Base datos Asociación para la Salud Mental Infantil: [www.asmi.es](http://www.asmi.es)

3. Revista Internacional de Psicoanálisis "Aperturas Psicoanalíticas" <http://www.aperturas.org/>

4. Base de datos universidad La Rioja: <http://dialnet.unirioja.es/revistas>

5. Repositorio cooperativo de Tesis doctorales en red leídas en Cataluña y otras comunidades: <http://www.tdx.cat/handle/10803/104>

6. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal .Sistema de Información Científica <http://www.redalyc.org/BusquedaProduccionDeArticuloInstitucion.oa>

7. Kansas Association for Infant and Early Childhood Mental Health <http://www.kaimh.org/spanish-resources>

[http://www.kaimh.org/Websites/kaimh/images/Documents/Salud\\_Mental\\_y\\_Embarazo.pdf](http://www.kaimh.org/Websites/kaimh/images/Documents/Salud_Mental_y_Embarazo.pdf)

8. Revista de psicoterapia: <http://revistadepsicoterapia.com/>

9. Base de datos: <https://scholar.google.es/>

10. Revista sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. <http://www.seypna.com/>

11. Scientific Electronic Library Online Peru: <http://www.scielo.org>.

12. Revista Facultad de Medicina UNAM: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm>



# PREGUNTAS A.....

## DONALD WINNICOTT<sup>1</sup>

La presente sección de la revista es el resultado del taller de lectura de la CLINICA INDE. En él, participan psicólog@s en prácticas y psicólo@s de nuestra escuela de psicoterapia. Trabajando alrededor de un texto surgen preguntas dirigidas a su autor. El grupo de lectura, en sus reuniones intenta responderlas.

Nació en el Reino Unido a finales del siglo XIX estudió medicina en la Universidad de Cambridge y sirvió como cirujano durante la primera guerra mundial. Se especializó en pediatría en 1920 y empezó a trabajar como tal en Londres, profesión que mantuvo durante mas de 40 años, al mismo tiempo que se formaba y luego ejercía como psicoanalista.

En 1927 ingresó en la Sociedad Psicoanalítica Británica, de la que fue presidente en dos periodos distintos, entre 1956 y 1959 primero, y entre 1965 y 1968 después.

En sus planteamientos destaca el papel que la relación temprana madre-lactante posee para el desarrollo del individuo, motivo por el cual su trabajo es de un incalculable valor para entender la terapéutica del niño. Por ese motivo el pasado año quisimos dedicarle una especial atención. Durante los talleres formativos de nuestra escuela de psicoterapia, los estudiantes tuvieron la oportunidad de leer y reflexionar sobre una de sus obras de mayor difusión: Realidad y Juego, (Gedisa, 2000)

**Autora: Raquel Sanchis Ros**  
Psicóloga, especialista en gestalt.

**Coord. Vicente Pi**  
Psicoanalista,



## INTRODUCCIÓN

Parece que desde el psicoanálisis se ha descuidado el ámbito del desarrollo y la experiencia individual, pues toda su atención se ha dirigido hacia la realidad psíquica interior, no teniendo en cuenta la relación con la realidad exterior compartida y la experiencia cultural, donde se encuentra la zona intermedia entre la realidad interior y exterior. En este sentido, las corrientes humanistas, como la Terapia Gestalt, le otorgan una gran importancia al contexto y al contacto.

Winnicott en este libro se centra en describir esa zona intermedia, gracia a las observaciones clínicas directas de bebés, donde el interés no está no tanto en el objeto que se utiliza, sino en el uso que se le da al objeto y a lo que él llama, el objeto transicional. En su obra, reconoce la importancia y la complejidad de las etapas de desarrollo con relación al objeto y a la formación de símbolos. En este sentido, hay profesionales, como Renata Gaddini, que se han dedicado al estudio de los fenómenos transicionales, ofreciendo el concepto “precursor” para hacer referencia a los primeros ejemplos, como la succión del puño, del dedo, del pulgar y la lengua, o la acción de mecer y el balanceo. Para Winnicott, tener en cuenta los fenómenos transicionales nos permite mirar con nuevos ojos muchos de los problemas planteados.

## OBJETOS Y FENOMENOS TRANSICIONALES

Winnicott plantea una primera hipótesis, donde considera que existe una relación entre el uso del puño, los dedos o los pulgares por parte de los recién nacidos para estimular la zona oral y proporcionar calma, y el hecho de trasladar estas necesidades a un objeto externo (muñeco, peluche, juguete...). En este sentido, también observamos cómo es la madre/padre la/el que ofrece también objetos externos para que el bebé se relacione con ellos. Él se centra así en el estudio del paso de un fenómeno a otro. Para Winnicott es importante estudiar, en ese sentido:

- La naturaleza del objeto.
- La capacidad que presenta el niño/a para reconocer el objeto como un “no-yo”.
- Dónde está ubicado ese objeto: fuera, dentro, en el límite entre ambos...
- La capacidad que tiene el/la niño/a para crear, imaginar, producir, idear... un objeto.
- El inicio de una relación afectuosa con el objeto.

Cuando Winnicott hace alusión a “objetos transicionales” o “fenómenos transicionales”, está haciendo referencia a esa zona intermedia que existe entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya ha sido introyectado. Por ejemplo, el parloteo del bebé o la repetición de canciones y melodías se encontraría en la zona intermedia, como un fenómeno transicional. Del mismo modo, en esta zona se encontrarían también aquellos objetos que no forman parte del cuerpo del niño/a, pero que todavía no son reconocidos como algo que pertenece a la realidad externa. Considera que gran parte de la vida del ser humano corresponde a esa zona intermedia de la experiencia, la cual contribuye a la realidad interior y exterior. Por ello, su estudio se centra en esa zona intermedia entre lo subjetivo y lo que se percibe de manera objetiva. El objeto transicional, hace referencia así a un objeto de vital importancia para el bebé, que le permite calmar la ansiedad, como una mantita, y dar continuidad a su experiencia, así como proporcionar significación y valor al objeto.

Para Winnicott, esta pauta de los fenómenos transicionales aparece desde los 4-6 meses hasta los 8-12 meses. Las pautas que se han establecido durante la infancia respecto al objeto pueden persistir, pero si hablamos de plena salud, lo que se produce es una ampliación en la gama de intereses, teniendo muy presente que esa necesidad de un objeto específico o esa pauta conductual puede reaparecer ante la amenaza de una privación.

Winnicott también recalca que puede suceder que no exista otro objeto transicional además de la propia madre, o que el desarrollo emocional del bebé esté tan perturbado que no le resulte posible disfrutar de ese estado transicional, y esto es algo que deberemos observar y tener en cuenta. Bowlby también habla de este planteamiento ofrecido por Winnicott cuando explica la importancia de la exploración del entorno como una señal de que existe un apego seguro. En cambio, cuando no es posible explorar el entorno y, por tanto, contar con una base de seguridad y protección, estaríamos ante una perturbación del desarrollo emocional y vinculatorio de ese niño/a. Ofrece también un resumen de las cualidades especiales en cuanto a la relación con el objeto:

*"El bebé adquiere derechos sobre el objeto y nosotros lo aceptamos. Pero desde el comienzo, existe como característica cierta anulación de la omnipotencia"*

Winnicott, 1971, p. 15

Desde un principio, aunque el bebé se apodere de los objetos, del pecho, de la mamá, hay cierta limitación, porque no solamente la mamá estará siempre disponible, ni el pecho tampoco. La omnipotencia no es total, queda limitada. Y eso será siempre así. Los límites del mundo exterior estarán cada vez más presentes y será cada vez más limitantes, en tanto en cuanto hay menos disponibilidad del exterior. El ser humano tiene que ser cada vez más maduro y autónomo.

- "El objeto es tratado con afecto y, al mismo tiempo, tratado, amado y mutilado con excitación, pero permanece"
- "El objeto no puede cambiar a no ser que sea el propio bebé el que lo haga"
- "El objeto sobrevive al amor, al odio, incluso a la agresión"
- "Es importante que al bebé le parezca que el objeto posee una vitalidad o realidad propia"
- "Para el bebé, el objeto no proviene ni de fuera ni de dentro"



- "De manera natural, el objeto va perdiendo significación porque los fenómenos transicionales se vuelven difusos y se han extendido a la zona intermedia de la realidad psíquica interna y a todo el campo cultural"

Winnicott, a partir de estas premisas, amplía su teoría en cuanto al juego, la creación y la apreciación, el origen y la pérdida de afecto... En cuanto a la relación del objeto transicional con el simbolismo, Winnicott afirma que la importancia no radica tanto en el valor simbólico, sino en su realidad. Cuando el niño/a ya emplea el simbolismo, significa que ya distingue entre la fantasía y la realidad y entre el objeto interno y el externo. El objeto transicional así deja lugar a la adquisición de la capacidad para tolerar las semejanzas y diferencias, para ir desde lo subjetivo puro hasta la objetividad y la experiencia. La arteterapia puede funcionar también como objeto transicional. Las imágenes funcionan como el objeto transicional, cuando los niños proyectan en el juego su mundo interior. Cuando las personas que tienen trauma, aunque tengan un desarrollo cognitivo adecuado, el desarrollo emocional a veces está en estadios de etapas infantiles. Por lo que, entrar en ese registro, a través del juego creativo o de la utilización de tarjetas proyectivas (tarjetas de Anabel González, tarjetas M.A.R., tarjetas Dixit...) facilita también poder expresar cosas de esas etapas. De esta manera, modificando el objeto externo modificamos el objeto interno. Además, nos permite también la interacción paciente-terapeuta. En este sentido, cabe mencionar que la teoría psicoanalítica ha aceptado una serie de premisas en cuanto al objeto:

- El pecho materno representa un objeto transicional de la primera relación que establece el bebé.
- Este objeto transicional es anterior a la prueba de la realidad.

- En cuanto a la relación que establece con este objeto transicional, el bebé pasa del dominio omnipotente o mágico, al dominio por manipular dicho objeto.
- A largo plazo y en ocasiones, ese objeto transicional puede convertirse en un objeto fetiche y persistir en la vida sexual adulta.
- Con la organización erótica anal, el objeto transicional puede representar las heces.

Las heces pueden ser una representación del objeto transicional, porque es algo interno, que se genera en el propio cuerpo, siendo una de las primeras creaciones humanas y, a la vez, es expulsado fuera, siendo ya entonces un objeto externo. Así pues, las heces, al principio, son una sensación en el estómago. Luego se convierten en un objeto externo, tras ser expulsadas. Comparte así ambas, la experiencia interna volcada en un objeto externo y todo lo que conlleva (exigencia, suciedad, asco...). A diferencia de Melanie Klein (1934), cuando Winnicott habla de objeto transicional, no se refiere al objeto interno planteado por la autora, pues el objeto transicional no constituye un concepto mental, aunque tampoco un objeto exterior. El objeto interno para Melanie Klein tiene mucha relación con el concepto de los introyectos para la Terapia Gestalt, aunque en ésta, generalmente es una frase, un adjetivo, un mandato, una norma, una creencia... y para Melanie Klein se interioriza también a esa persona que te dice esa norma, a la interiorización que se hace del padre/madre/persona que tú has vivido. En este sentido, habla del “padre interno”, “madre interna”, “niño interno” .... El objeto interno es siempre una representación interna de la propia experiencia, relacionándose con la fuente, con ese objeto. Y siempre es irreal, porque es la imagen que nos hacemos en base a la relación que hemos tenido con ese objeto. Para Winnicott, el objeto transicional se encuentra entre el objeto interno y el externo:



“El bebé puede emplear un objeto transicional cuando el objeto interno está vivo, es real y lo bastante bueno (no demasiado persecutorio). Para ese objeto interno depende, en lo referente a sus cualidades, de la existencia, vivacidad y conducta del objeto exterior. El fracaso de este último, en el cumplimiento de alguna función esencial, lleva en forma indirecta al carácter inerte o a una cualidad persecutoria del objeto interno. Cuando subsiste la característica de insuficiencia del objeto exterior, el interno deja de tener significado para el bebé, y entonces, el objeto transicional se vuelve también carente de sentido. Este último puede, pues, representar el “pecho externo”, pero en forma indirecta, debido a que representa un pecho “interno”. Nunca está bajo el dominio mágico, como ocurre con el objeto interno, ni está fuera del mismo, como ocurriría con la madre verdadera”.

(Winnicott, 1971, p. 19)

Para que el objeto transicional tenga un significado y un valor, el objeto interior debe ser lo suficientemente bueno, lo cual depende, a su vez, del objeto exterior. Si esto no se cumple, lo que podemos observar es una posible persecución de ese objeto interno. En este sentido, si existe una insuficiencia en el objeto exterior, el interno dejará de tener un valor significativo para el bebé. Para Winnicott, un niño/a no podrá pasar del principio de placer al principio de realidad si no ha tenido una madre “suficientemente buena”. El principio de placer hace referencia a que el organismo busca como su meta última la reducción de la tensión, la descarga tensional.

Mientras que el principio de realidad es aquello que se impone como real, aquello que puede ser y lo que no, más allá de las fantasías y deseos. Cuando Winnicott habla de una madre “suficientemente buena”, hace referencia a alguien que se involucra activamente en la adaptación de las necesidades del niño/a, lo que exige una “preocupación tranquila y tolerada respecto al bebé” (Winnicott, 1971), así como el uso de frustraciones breves fruto de la adaptación incompleta a la necesidad presente, que implica hacer al objeto real. Al comienzo, la madre ofrece al bebé la ilusión de creer que el pecho forma parte de él, al igual que ese cuidado general por su parte, de manera que la omnipotencia se vuelve parte de su experiencia. La tarea que posteriormente tiene que realizar la madre es desilusionar de manera gradual a ese bebé, pero para ello es fundamental que antes se haya experimentado esa ilusión de omnipotencia.

Esta idea también es desarrollada por John Bowlby en su teoría del apego, donde para lograr una independencia saludable (y para nada absoluta, pues somos seres sociales interdependientes) es necesario haber estado antes apegado a una figura de apego presente, disponible y coherente para cubrir las necesidades de seguridad y protección de ese bebé. Para Winnicott, a través del ofrecimiento y la disponibilidad del pecho, el bebé crea un fenómeno subjetivo, conocido como “pecho materno”. De esta manera, el ser humano va desarrollando una relación entre lo que se percibe de manera objetiva y lo que se concibe de manera subjetiva, una relación que hace referencia a esa zona intermedia, a esa zona transicional, donde aparecen los fenómenos transicionales. Así pues, los objetos y los fenómenos transicionales pertenecen al campo de la ilusión, que será la base de la experiencia. Cuando la capacidad de adaptación a las necesidades del bebé es lo suficientemente buena, se genera esta ilusión en él de que existe una realidad externa que corresponde a su propia capacidad de creación. Y, como decíamos, para Winnicott la tarea posterior es desilusionar de manera gradual a ese bebé, con el objetivo de prepararlo para las frustraciones de la vida diaria, como el destete.

“Si la ilusión-desilusión toman un camino equivocado, el bebé no puede recibir algo tan normal como el destete, ni una reacción a este, y entonces resulta absurdo mencionarlo siquiera. La simple terminación de la alimentación a pecho no es un destete”.

(Winnicott, 1971, pág. 21)

Winnicott cuando habla de destete no habla solamente de que se termine la lactancia materna, sino que habla de que esa desilusión se dé. Utiliza el destete como una metáfora, como el proceso de ilusión-desilusión, de apego-separación. De esta manera, el proceso de destete se utiliza a nivel metafórico y además es un fenómeno de ilusión-desilusión que dura toda la vida. Para Winnicott, la aceptación de la realidad nunca es total, el ser humano no queda libre de la tensión vincular entre la realidad interna y externa, pero la zona intermedia puede suponer un alivio de esa tensión. Para ello, es necesario una crianza lo suficientemente buena en las fases críticas de la infancia, así como una continuidad de ese ambiente emocional y medio físico propicio y de la presencia de objetos transicionales. Lo que está tratando de decir es que para poder sostener esa desilusión es necesario que se haya dado previamente una buena ilusión. Para tolerar la desilusión, siempre estarán los objetos transicionales que finalmente son representados por la cultura y por los procesos simbólicos, pues es en el objeto y en los fenómenos transicionales, incluso en el lenguaje y la música, donde se dan los procesos simbólicos. En realidad, el ser humano es un ser simbólico, un ser cultural y social. Siempre buscará el apego a la vez que simboliza el desapego, a la vez que simboliza los procesos de ilusión-desilusión. Así pues, para Winnicott, el objeto transicional se va descargando poco a poco, a medida que culmina el desarrollo de los intereses culturales: las artes, la religión, la vida imaginativa, la labor científica creadora... en definitiva, de los procesos simbólicos. Cuando Winnicott habla de lo transicional, está haciendo referencia al momento en el que el bebé pasa de un estado fusional con la madre a un estado de relación con ella como algo externo y separado, saliendo de esa relación narcisista con el objeto. Además, defiende, como ya señalábamos, la idea de que la independencia no puede darse antes de que el bebé se sienta seguro con la experiencia de que pueden existir cosas que no forman parte de él.

También recalca que, si existe algo que pueda afectar al manejo de la separación y la pérdida por el niño del objeto, los fenómenos transicionales pueden verse afectados, volviéndose carentes de sentido e impidiendo que el bebé pueda experimentarlos. Esto ocurre en el caso de madres (o figuras de referencia) que no están disponibles y se muestran ausentes durante un tiempo límite, lo que da como resultado el desarrollo de un estilo de apego inseguro evitativo o ansioso. En estos casos, antes de la pérdida del objeto, veremos una descarga total del mismo, una exageración del empleo del objeto transicional como una forma de negar el peligro de su desaparición. Mahler, una psicoanalista especializada en autismo y procesos psicóticos habla también de procesos de individualización y de separación. Para ella, separándonos, nos hacemos individuos autónomos. Y eso lo utilizamos no solo para el tratamiento de los niños con autismo, sino en cualquier proceso psicoterapéutico. Pero para que eso pueda darse, es necesario esa unión. Winnicott enfatiza mucho los procesos de ilusión, el apego primario que también desarrolló Bowlby, en la simbiosis positiva. Vicent Pi también habla de estos términos en su eje social. De esta manera, evalúa el desarrollo social, mediante la evaluación de la autonomía, en el sentido de que al principio hay una fusión del bebé con la madre o del niño con autismo consigo mismo, y luego se va creando una relación simbiótica. Esto nos permite determinar en qué momento está el niño con autismo en su proceso psicoterapéutico. Cuando el niño con autismo entiende la relación simbiótica entre él y el otro, ya no hay una relación simbiótica consigo mismo. Es, en este momento, cuando pueden entender que existe una unidad y a la vez que también existe una diferencia. Progresivamente la diferencia es mayor, y dada la ausencia del objeto de amor, surge su representación imaginaria, así como la frustración de que hay otros seres de interés para la mamá, como el papá o los hermanos. En psicoterapia los infantes se interesan por el terapeuta si tiene hijos, tiene más pacientes... gestionando así la frustración de no ser los únicos en el amor.

Winnicott también recalca que, cuando el ambiente emocional se rige por la exigencia de la aceptación de la

objetividad de los fenómenos subjetivos de los adultos, aparecen los problemas. Es decir, cuando el adulto exige al niño/a que acepte como objetivo lo que forma parte de su subjetividad adulta. Pero si se permite que el niño/a disfrute de esa zona intermedia, sin exigencias, podrá reconocer sus zonas intermedias y la superposición que hay entre el exterior y el interior de manera adaptativa.

En el caso de la psicoterapia, la diferenciación va ocurriendo sin darnos cuenta, la separación se produce de forma gradual en



el momento en el que hay un encuadre, en el momento en que se establecen límites. Cuando el proceso terapéutico finaliza, ya hay una separación. Ante nuevos fenómenos (nacimiento de un nuevo/a hermanito/a, por ejemplo), siempre hay una rotura de la relación simbiótica, de los procesos de fusión. Cuando la mamá o el psicoterapeuta, ya desde un principio, marca la diferencia, no se desarrolla el proceso de ilusión y la desilusión no puede darse de manera gradual, como ocurre en el caso del psicoanálisis clásico.

“De estas consideraciones surge la idea de que la paradoja aceptada puede tener un valor positivo. Su solución conduce a una organización de defensa que en el adulto se puede encontrar como autoorganización verdadera o falsa”

(Winnicott, 1960)

Cuando Winnicott habla de paradoja habla de esta ilusión primaria que se genera para luego dar paso a esa desilusión gradual. Y defiende que esta paradoja presenta un valor positivo, puesto que, si se hace lo suficientemente bien, el bebé podrá realizar una autoorganización saludable. Él, en realidad, está pensando en los procesos de los fenómenos transicionales que darán lugar a los procesos simbólicos. Las frustraciones se simbolizan en psicoanálisis como la ausencia del objeto, que se representa a nivel mental y se simboliza. Esto lleva a una estructura interna que puede ser patológica si no hay procesos de simbolización, si no se ha permitido en esos procesos de ilusión-desilusión que la simbolización esté presente. Mientras que, si se permite, queda registrado a nivel simbólico y dará lugar a una estructura interna saludable. Otros psicoanalistas, como Bion, enfatizan en cómo se crean los procesos de simbolización para poder tolerar la ausencia, la separación y la frustración. Como podemos darnos cuenta, Winnicott juega mucho con las paradojas para comprender los procesos mentales de lo que es el ser humano y cómo tiene que simbolizar aquello que es tan difícil de describir. La mayor paradoja que crea Winnicott es que el objeto transicional es interno y externo, objetivo y subjetivo, a la vez. En los procesos de ilusión y desilusión, como hay un tiempo y un recorrido, se puede entender mejor, aunque sea paradójica. Pero para él, los procesos de mentalización y simbolización hay que entenderlos como procesos paradójicos. Por otra parte, cuando Winnicott habla de estructura, quiere rescatar lo que luego será el verdadero self y el falso self, una organización de personalidad bien cohesionada. En este sentido, digamos que el falso self es el que no ha podido simbolizar los procesos de desilusión. Como respuesta, ha creado una máscara, una apariencia que, en los casos más graves, serán personalidades patológicas que llamará, por ejemplo, esquizoides.

En el caso de la psicología transpersonal, el ego hace referencia a ese falso self, a esa máscara que se ha creado para poder sostener la herida provocado por esa falta de simbolización. En cambio, el verdadero self hace referencia al ser, a la esencia. En este sentido, cuando actuamos desde el Ego, para la psicología transpersonal y para la corriente más budista del Mindfulness, actuamos en base a la herida infantil o la necesidad inconsciente guiada por los “deberías”. El Ego supone así el personaje o la máscara que nos hemos creado en función de las normas culturales y los mandatos sociales y familiares, con el objetivo de sobrevivir y proteger nuestra herida. De esta manera, el Ego se forma a través de elementos polarizados o dicotómicos. Mientras que, cuando actuamos desde el Ser, lo hacemos desde esa toma de conciencia previa y anclados en el presente. El Ser implica reconocer que somos un todo, implica integrar esos conceptos polarizados y actuar desde la toma de conciencia que precede a la responsabilidad. Así pues, desde este planteamiento, el Ego se construye para proteger la herida infantil y tendría que ver con el narcisismo más primario del psicoanálisis.

La teoría de Winnicott, sin descartar todo el modelo psicoanalítico, aunque se desvía y crea otra teoría diferente a Freud, es considerada como una teoría clásica. Él, para definir el tema del Ego y el Ser, al ser un hombre muy prudente, habla de verdadero self y falso self. No define lo que es el self, pero sí lo que es el falso self y el verdadero self. El verdadero self es el self infantil, el self auténtico y genuino. Mientras que, a raíz de las experiencias, construimos un falso self, un ego, una máscara que hace referencia a la apariencia que tomamos en el contacto social. En este sentido, cuando la situación traumática es muy defensiva, aunque Winnicott no lo define claramente, aparecen procesos psicóticos, donde el falso self o el ego, que puede ser muy violento. Pero Winnicott no explica ni desarrolla una definición exhaustiva y clara del falso self, sino que solamente quiere resaltar que, cuando estamos en psicoterapia, no tenemos que atender al falso self, sino al verdadero self, a quién hay detrás de esa máscara. Este planteamiento también es compartido por Gabor Mate, que desarrolla un enfoque terapéutico llamado “consulta compasiva”, donde recalca la necesidad de ver al humano que está frente a nosotros y no al problema.

Para Bion, en el psicoanálisis y en la psicoterapia el lenguaje es confuso, es un lenguaje que dice y no dice. De tal manera que él es partidario, tanto en el psicoanálisis como la psicoterapia, de definir de qué estamos hablando. Por ello, cuando un paciente habla de algo, es fundamental preguntarle a qué se refiere, qué es lo que quiere decir. Y, a la vez, como es un diálogo, el paciente también puede preguntarnos qué queremos decir. Con esto, Bion se diferencia del psicoanálisis clásico, al poder explicar y que el paciente pueda preguntar a qué nos referimos. Al fin y al cabo, es poder definir y explicar aquello que no ha quedado claro, aquello que decimos o sentimos.

## SUEÑOS FANTASIA Y VIDA

Winnicott considera esencial diferenciar entre fantaseo y sueños. Para él, los sueños y la vida están en el mismo plano, puesto que los sueños encajan con los objetos que podemos encontrar en el mundo real. En cambio, el fantaseo es un fenómeno aislado que absorbe energía y no contribuye a la vida ni al soñar. Además, considera que algunos sueños y sentimientos propios del vivir pueden ser reprimidos, mientras que el fantaseo es inaccesible y está vinculado a la disociación. También recalca que la diferencia entre sueños y fantaseos puede resultar difícil, aunque la diferencia la podemos encontrar al observar si existe o no un estado disociado. Los estados disociados son refugios imaginarios que no tienen contacto con la realidad y están fuera de la conciencia reflexiva. Formarían lo que en terminología bioniana están en la parte psicótica de la personalidad. Entre el fantaseo y la imaginación el tiempo se percibe de manera diferente. En el fantaseo es algo inmediato y la disociación está presente. Pero esta disparidad no se puede percibir mediante la descripción verbal. Y aquí, para las terapias corporales, como la Terapia Gestalt, la Terapia Psicomotriz o en Psicodrama, entra en juego el cuerpo.

Winnicott, tras este planteamiento, expone un caso, en cuya descripción podemos ver reflejada su concepción de verdadero y falso self, así como su alusión a un trauma del desarrollo. Se trata del caso de una mujer que siempre ha cubierto las expectativas de los demás y su familia, encontrándose de esta manera en un estado de congoja y resentimiento al sentir que siempre se espera algo de ella mientras ella se siente incapaz. Todo esto le acercaba al pensamiento del suicidio, donde obviamente “el suicidio no ofrece una solución, sino apenas la terminación de la lucha”. (Winnicott, 1971, pág. 33). Winnicott, sin mencionarlo específicamente, está hablando sobre el trauma, en concreto sobre el trauma de desarrollo o de apego, donde la defensa del suicidio se presenta como una salida a éste. En cuanto a la noción de verdadero y falso self que mencionábamos, Winnicott expone:

“Esa hija menor se encontró con un mundo ya organizado antes de ingresar en el cuarto de los niños. Era muy inteligente y de una u otra manera se las arregló para adaptarse. Pero en verdad nunca fue muy aceptable como miembro del grupo, tanto desde su propio punto de vista como según el de los demás chicos, porque solo podía encajar sobre una base de acatamiento. Los juegos le resultaban insatisfactorios porque no hacía más que esforzarse en representar el papel que se le asignaba, y los otros sentía que faltaba algo, en el sentido de que ella no participaba en forma activa”

La paciente, cuando era niña, con tal de ser aceptada acató la imagen de ella que los demás habían proyectado (falso self), obviando cuál era su verdadera esencia, una “persona íntegra por derecho propio” (Winnicott, 1971) esa que le permite expandirse y ponerse al servicio de la vida, aceptando sus emociones y necesidades (verdadero self). De hecho, Winnicott pudo explorar todo esto con la paciente y llegar a la conclusión que cuando ella representaba ese papel en el juego con sus hermanos, se encontraba en el mundo del fantaseo, en el mundo de la disociación. Durante mucho tiempo esa fue su única defensa. Así pues, ese estado disociativo fue reforzado con multitud de frustraciones a lo largo de su vida, donde el intento para ser una persona integrada, para conectar con su verdadero self, se veía continuamente frustrada. De esta manera, se dedicó a vivir una vida disociada. Su vida concurría en un estado de actividad constante y esto se podía ver en su fumar compulsivo y en sus juegos obsesivos: “era un estado esencial de no hacer nada mientras lo hacía todo” (Winnicott, 1971, pág. 34). En su estado disociativo, había encontrado una vía de escape para el fantaseo, donde la omnipotencia era posible. Cuando realizaba alguna actividad en la que chocaba con sus limitaciones, se frustraba, porque dejaba de lado ese estado de omnipotencia que conservaba gracias al fantaseo y la disociación. Cuando se encontraba sana, podía hacer frente a las frustraciones que guían el principio de realidad, pero cuando no era así, se mostraba incapaz porque suponía entrar en contacto de lleno con una realidad que había estado intentando negar.

Winnicott, en su práctica terapéutica, pudo comprobar cómo materiales que antes se encontraba estancos e inmóviles en el mundo del fantaseo eran liberados en el plano de los sueños y se ponían así al servicio del vivir. De hecho, fue a través de los sueños con esta paciente que menciona donde pudo encontrarse con la vida y salir de la fantasía disociada.

Winnicott introduce así un elemento importante en el psicoanálisis, como es el no tratar tanto la fantasía sino tratar sobre todo la realidad. De nuevo se diferencia del psicoanálisis clásico e introduce lo que ahora se entiende por psicoterapia relacional, que tiene que ver mucho con la acción, con la experiencia concreta de la vida. Él lo llama fantaseo en vez fantasía y hace referencia a los delirios que aparecen cuando tratamos con niños o personas que fantasean y que no están en contacto con la realidad. La diferencia entre fantaseo y fantasía es que podemos tener una fantasía, pero sabemos que es tal y, por tanto, que no es real. O tenemos sueños, incluso despiertos, pero sabemos que son sueños y que no tienen nada que ver con la realidad. Pero también hay gente fantaseos, como diría Winnicott, que no tienen contacto con la realidad y que lo viven como algo real. De esta manera, lo que se piensa, lo que se imagina, es, del mismo modo que ocurre con los prejuicios, los delirios y las alucinaciones.

De esta manera, el autor hace giros de palabras para darle un sentido que tiene que ver con la conciencia y con la realidad, con ser consciente de lo que ocurre. Por eso él utiliza mucho el concepto de la madre suficientemente buena, que crea ilusión y desilusión progresiva, y la madre suficientemente mala, cuando hay pensamientos ilusorios que tienen que ver con que están fuera de la realidad, con el fantaseo o con delirios.

Bion, en cambio, de lo que habla es de la parte psicótica de la personalidad o de la parte no psicótica de la personalidad. La parte psicótica sería la parte disociada, que tiene que ver con lo ilusorio y el fantaseo en Winnicott, donde no hay una conciencia de la realidad. Mientras que la parte no psicótica de la personalidad tiene que ver con la conciencia y con la reflexión y, por lo tanto, con tomar contacto con la realidad social, con la cultura, el vínculo, las normas... Bion abarca mucho más allá que Winnicott cuando formula esta idea, porque su interés estaba relacionado con el pensamiento.

Por otra parte, Winnicott también señala que el juego creativo y creador se encuentran en el mundo de los sueños y la vida y que no pertenecen pues al mundo del fantaseo. De esta manera, comienza a formular una diferencia clara entre ambos elementos. También recalca el hecho que el fantaseo, que se manifiesta en la disociación, obstaculiza la acción y la vida, así como el soñar y la realidad psíquica interna. Así pues, la disociación no te permite mantenerte cerca de tu cuerpo, dificultando e imposibilitando la acción, puesto que no se está en el ambiente inmediato. Es por ello, por lo que el fantaseo no posee un valor simbólico, mientras que el soñar sí.

“El fantaseo se refiere sencillamente al hecho de hacerse un vestido. Este no tiene valor simbólico. Un perro es un perro. En el sueño, en cambio, como logré mostrarle con su propia ayuda, ese mismo vestido habría tenido valor simbólico”

Winnicott, 1971, pág. 37

Es en este contexto cuando Winnicott introduce el término de “lo informe”, como la tela antes de que se aplique el molde, como se diría en la Terapia Gestalt, el fondo antes de que aparezca la figura. Para Bion, lo informe sería el contenido sin el continente que lo contenga y lo articule. Así pues, lo informe tendría que ver, para Bion, con el mundo emocional, que requiere una forma que lo integre. Para él era fundamental integrar la parte psicótica de la personalidad para el desarrollo humano. En Winnicott sería integrar lo informe. En realidad, sería integrar a la consulta la realidad social.

Freud en su teoría se encamina más a la fantasía y se desvía un poco más del trauma real, a pesar de que ya expuso la presencia del trauma en el análisis de sus pacientes. En su caso, no pudo hablar de disociación propiamente dicha porque no había formulado el concepto de la psicosis, pues él se dedicó sobre todo a las neurosis histéricas, donde descubrió que muchas de sus pacientes habían sufrido abusos sexuales durante la infancia. Para él, recuperar la historia y el recuerdo era lo que permitía que los síntomas desapareciesen, concluyendo que la asociación libre era mucho más potente que la hipnosis. De esta manera, se aleja de las corrientes terapéuticas actuales de integración del trauma, como el EMDR, que utiliza la estimulación bilateral para poder integrar a nivel de estructura cerebral aquellos acontecimientos que han provocado un gran impacto emocional y no han podido ser integrados en la memoria y en el cuerpo.

En la psicoterapia centrada en el trauma se observa cómo las partes más maduras o las partes adultas de la persona, conocidas como PANC, intentan evitar el contacto con el trauma, porque éste les desorganiza, provocando una amnesia, una disociación y un aislamiento de ese recuerdo traumático. Pero cuando salen las partes relacionadas con el trauma, que pueden ser muy agresivas e irritables y con una defensa muy activa frente a la amenaza, o partes muy vulnerables, muy débiles y frágiles, muy desesperanzadas y deprimidas, la parte madura no puede conectarse, disociándose así unas partes de otras. Cuanta más temprana es la traumatización, se van separando cada vez más estas partes para poder funcionar con la vida cotidiana. Tomando los conceptos de Winnicott, para poder funcionar con “la madre buena”, que me cuida y me nutre, tengo que aislar a la “madre mala”. La angustia de supervivencia de la madre mala impide dar salida a las funciones de nutrición. Solamente podemos alimentarnos si nos encontramos seguros. Esto es lo que ocurre con los problemas de alimentación en los niños. Para que un niño/a se pueda alimentar bien, necesita estar tranquilo/a para poder conectarse con sus sensaciones internas. Es decir, para poder conectarse con las propias sensaciones corporales y sensaciones internas, el niño/a tiene que sentir un vínculo seguro con la persona que lo alimenta y de la que depende su vida. Para que un/a niño/a pueda sentirse seguro/a y alimentarse de esa madre, la cual antes ha podido maltratarle, tiene que disociarse, separando la “madre buena” de la “madre mala”. En estos casos, podemos ver partes que van en dos extremos, o una sumisión absoluta o una respuesta agresiva

Por su parte, Melanie Klein solo se dedicó a tratar el tema de la fantasía, mientras que Bion habló más del mundo externo y del trauma. Actualmente, el psicoanálisis relacional retoma todo esto y da mucha influencia no solamente a la disociación y al mundo interno, sino también al mundo externo. Entonces, de nuevo, la figura del trauma recobra su importancia. Winnicott y Bion, de esta manera, se desvían un poco del psicoanálisis clásico y afirman que el ambiente puede ser traumatizante o benevolente (madre suficientemente buena). Bion crea así un modelo muy integrador, incluso para las corrientes cognitivo-conductuales. Él mismo decía que el psicoanálisis es muy omnipotente y comprende que haya pacientes que lo que necesitan es la modificación de conducta o el cognitivismo, alentando al no empeñarnos en psicoanalizar a mentes cognitivistas o mentes modificadoras de conducta, mentes que son concretas. Realmente, si hay un pensamiento concreto, lo que se necesita es una modificación de conducta, porque no se está preparado para entender todavía el simbolismo del psicoanálisis. Bion piensa que en el desarrollo mental hay un pensamiento muy concreto, al que se puede acceder mediante la modificación de conducta. En este sentido, se puede decir que ahora la psicoterapia relacional es más integrativa, a diferencia del psicoanálisis clásico, donde une el psicoanálisis, la Terapia Gestalt, la antropología, la psicología social, el constructivismo, lo sistémico... todas las corrientes, en definitiva, que aportan modelos que se pueden integrar y que no son excluyentes, ayudando así al ser humano a su desarrollo mental y bienestar. Para él, todas estas corrientes aportan una perspectiva diferente, donde lo importante es que sean capaces de ser integrativas entre sí, entendiendo que los modelos sirven para comprender, pero que lo que realmente se comprende es la experiencia. El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones.

Con el término "caso fronterizo" me refiero a aquel en el cual el núcleo de la perturbación del paciente es psicótico, — pero este posee una suficiente organización psiconeurótica, siempre capaz de presentar alteraciones psiconeuróticas o psicosomáticas cuando la ansiedad psicótica central amenaza con irrumpir en forma grosera. (Winnicott, 1971, p. 77)

Desde el psicoanálisis, el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) se encuentra entre los trastornos neuróticos y los psicóticos. Son pacientes que tienen cierto aspecto de normalidad e incluso pueden confundirse por personas neuróticas, pero tienen una sintomatología que a veces se acerca más a lo psicótico. Por ejemplo, presentan trastornos o enfermedades psicosomáticas, adicciones, intolerancia a la frustración, ira desmesurada, impulsividad, frecuentes cambios de ánimo... y, aunque pueden tener relaciones afectuosas y duraderas, tienen dificultades en el compromiso y en la responsabilidad. Winnicott dice que hay una parte psicótica muy importante en estos pacientes y ante una situación difícil, como situaciones traumáticas o problemas relacionales, al no poder gestionarlas por el aumento del miedo o la excitación afectiva, la parte psicótica que presentan ocupan toda la mentalidad y pueden tener ya claramente síntomas psicóticos.

“El bebé crea el objeto, pero éste estaba ahí, esperando que se lo crease y que se le denominara objeto cargado”

(Winnicott, 1971, p. 79)

Desde el psicoanálisis, no existe el trastorno de la hiperactividad y el déficit de atención. Tomamos como ejemplo un caso clínico de un niño de 11 años que presenta asma y alergias. Al ver su historia, observamos que nació por cesárea, en la que hubo separación temprana, no existió contacto piel con piel y no hubo lactancia materna. En este caso se observó una fijación en la etapa del desarrollo.

En la alimentación, se podía ver cómo comía con las manos y engullía más que masticaba. Lo que se estaba observando era un apego a la sensorialidad. El paciente tenía un código de registros de tipo sensorial. A nivel social se trataba de un niño que se metían mucho con él, que lo llamaban tonto, le acosaban, le pegaban... y él solo respondía en situaciones muy límites. Es un niño que busca relaciones de apego y se siente perdido en el aula cuando hay muchos niños. Tiene intolerancia a la frustración e impulsividad, utiliza bastante la mentira, es pasivo, presenta enfermedades psicosomáticas, tiene adicción a los juegos de ordenador, siempre está pegado a su madre y presenta celos ante su hermana pequeña. En este caso, hablaríamos de un estado límite de personalidad en la infancia. Estamos hablando de lo que Bion diría la parte psicótica de la personalidad, se trata de un modelo de funcionamiento mental que se define por una falta de gestión emocional. Cuando esta parte es tan intensa que inunda la mente y avasalla a la parte neurótica, se manifiesta en toda su plenitud y se pueden dar momentos de “locura”. Quizá me resulte necesario extenderme un poco más para ofrecer mi punto de vista sobre la diferencia que hay entre relación de objeto y uso del objeto. En la primera el sujeto permite que se produzcan ciertas alteraciones en la persona, del tipo que nos llevó a inventar el término catexia. El objeto se ha vuelto significativo. Han actuado mecanismos de proyección e identificación, y el sujeto se ve vaciado en la medida en que parte de él se encuentra en el objeto, aunque enriquecida por el sentimiento. (Winnicott, 1971, p. 78). La catexia tiene que ver con la pulsión que se fija en el objeto. En la relación del objeto hay un mundo afectivo que se proyecta en él. Según Freud, el sujeto puede dirigir su energía pulsional hacia un objeto o una representación e impregnarlo, cargarlo o cubrirlo con una parte de ella. Se llaman catexias a estas descargas de energía psíquica. Esta energía depositada en el objeto, imagen o representación hace significativo estos elementos al sujeto de la relación. Del objeto hacemos un uso. Para el aprendizaje, hacemos un uso del otro, del objeto. Y el uso tiene que ver con la ética: ¿qué uso hacemos del otro, de los objetos relacionales y de los otros sujetos? Por ejemplo, en el caso anterior, se nota que el niño está haciendo un uso incorrecto de la alimentación, porque está utilizándola de forma bulímica para calmar sus angustias y de forma sensorial, creando una sensorialidad de tipo maniaco. La alimentación tiene que ver con el placer, con las relaciones personales, con la relación con uno/a mismo/a y con el/la otro/a, es una forma de compartir placentera... Se convierte también en un momento para compartir, dialogar y relacionarnos. En este sentido, tiene cabida la perversión moral del uso que se hace sobre el objeto (lo que se asemeja a la confluencia), cuando se hace un uso inadecuado.

El bebé crea al objeto, a su madre. No tiene un vocabulario, no tiene experiencia, sino que en los encuentros para satisfacer sus necesidades encuentra el pecho, a la mamá, y en este sentido, va creando su mundo. La síntesis, el conocimiento del objeto, es posible por el análisis previo. Bion decía que llegar al autoconocimiento afectivo, social y cognitivo siempre es doloroso. Se necesita romper la imagen que tenemos sobre nosotros mismos para

después constituir una identidad más formal, más cohesionada y realista. Por ello, el bebé que crea el objeto va destruyéndolo para ir formándolo poco a poco de manera más realista. En la psicoterapia Gestalt, este fenómeno supone ser consciente de los introyectos, de las normas, creencias y mandatos familiares que nos “hemos comido sin masticar”, poder verlos, desmenuzarlos y quedarnos con aquellas partes que queramos mantener y desechar las que no. La ubicación de la experiencia cultural.

La mente del niño/a, la mente/objeto transicional es algo interno y externo. El niño/a jugando está experimentado su mundo interno. Sería el laboratorio por el cual gestionamos los objetos internos y gestionamos todo tipo de relaciones. El niño/a crea a la madre y al objeto transicional. El objeto es creado por el propio niño/a, aunque la madre también se lo ofrece.

“Si se quiere pensar en esta zona como parte de la organización del yo, hay una porción de este que no es un yo corporal, es decir, que no se basa en la pauta de funcionamiento del cuerpo, sino en experiencias corporales”

(Winnicott, 1971, p. 88)

Cuando fantaseamos, cuando realizamos representaciones mentales internas, no hay una parte corporal, todo es psíquico. El desarrollo del niño al principio es sensoriomotriz (bebé y lactancia, por ejemplo). El bebé está contenido de una sensoriomotricidad. Cuando el niño/a mira a la mamá a partir de los 8 meses, según Lacan, aparece una representación mental significativa o gestáltica (continente), que es la imagen visual. De esta manera, con la imagen visual, ya podemos trabajar a nivel mental. Empieza a aparecer el mundo imaginario. Con lo cual el niño/a puede trabajar el mundo imaginario interno mental, pero también poniéndolo en contacto con la realidad (espacio transicional). Sin embargo, con lo que dice Winnicott no significa que no haya experiencias corporales en el espacio/objeto transicional, sino que hay una parte, una porción, que no es experiencia corporal, como ocurre con las representaciones mentales. Winnicott dice que para el bebé el espejo son los ojos de la mamá y cuando el bebé se mira en los ojos de la mamá, encuentra la vida, encuentra su significado y su existencia. Para Bion sería la función alfa (más mental) y Winnicott, aprovechándose de Freud y Lacan, habla de los ojos de la madre, de la mirada de la madre que lo reconoce y lo ama. Para Winnicott, los ojos de la mamá es un espejo donde el bebé se siente reconocido y amado. Así pues, en el objeto y en el espacio transicional se crea el imaginario (una porción que no es un yo corporal). En la terapia, esos significados se ponen en contacto con la realidad a través del juego. Con lo cual, Winnicott describe el juego de los niños/as o adultos en psicoterapia. En el caso de los adultos, el objeto transicional es el lenguaje y el cuerpo. Todo esto está muy relacionado con las neuronas espejo. Hay una experiencia sensoriomotriz sin experiencia corporal en el imaginario. Winnicott habla de no generar confianza para luego inyectar. No puede haber una confianza extrema entre el paciente y el terapeuta porque entonces había una colisión de intereses (relación simbiótica extrema). Esta relación no permite el desarrollo, la autonomía y la diferenciación, por eso es necesario tener cuidado. Habla de no generar una confluencia patológica entre paciente y psicoterapeuta. Se trata de que no podemos establecer una relación de confianza sin ningún tipo de diferenciación.

“En casos de fracaso prematura en lo que respecta a la confiabilidad ambiental existe otro peligro, a saber, que ese espacio potencial sea colmado por lo que inyecta en él alguien que no es el bebé. Parece ser que todo lo que ese espacio proviene de algún otro es material persecutorio y el bebé con medios para rechazarla. Los analistas deben cuidar de no crear un sentimiento de confianza y una zona intermedia en la cual puedan desarrollarse juegos y luego inyectar en esa zona, o llenarla de interpretaciones que en rigor provienen de su propia imaginación creadora”

(Winnicott, 1971, p. 89)

Por otra parte, nos hablar acerca del respeto por la expresividad y el juego del paciente, para no involucrarnos en las interpretaciones, rompiendo su espacio transicional creativo. En la psicoterapia relacional tiene relación con lo que defiende Coderch de que se tiene que desarrollar una relación casi simétrica al principio. Pero en el encuadre (tiempo establecido, horario, honorarios, espacio físico...) ya debe haber cierta diferenciación, cierto marco terapéutico diferenciado.

## EL LUGAR EN QUE VIVIMOS

Cuando hablamos de mundo interior, para referirnos a la realidad psíquica, implica también la existencia de otro lugar, el mundo exterior. Pero ¿aquí acaba todo?

Hay corrientes que se centran solo en el mundo exterior, hablando en términos de conducta, reflejos condicionados y condicionamiento, desarrollando lo que se conoce como terapia de la conducta. Pero muchas de estas conductas son motivadas por el inconsciente. Por otra parte, tenemos quienes ponen el acento en la vida interior, en la experiencia mística, en la contemplación. Winnicott trata de buscar un punto medio entre ambos extremos, pues considera que la mayor parte del tiempo no estamos en la conducta ni en la contemplación y trata de buscar el lugar donde nos encontramos la mayoría de las veces. Habla así de una zona intermedia. Desde el psicoanálisis, se postula que la vida de las personas se relaciona con los objetos mediante un estado de tensión que nos empuja a buscar la satisfacción del instinto, donde entrarían en juego mecanismos de sublimación o de desplazamiento. En cuanto a las experiencias místicas, se habla en términos de fantasía inconsciente o trabajo del sueño.

## ¿QUE SON LOS MECANISMOS DE SUBLIMACIÓN?

La sublimación es un término descrito por Freud como uno de los destinos posibles de la pulsión. Se trata de un proceso psíquico mediante el cual áreas de la actividad humana que aparentemente no guardan relación con la sexualidad se transforman en depositarias de energía libidinal (pulsional). El proceso consiste en un desvío hacia un nuevo fin.

“No se trata solo de lo que hacemos. También es preciso formular la pregunta: ¿dónde estamos (si estamos en alguna parte)? Hemos utilizado los conceptos de interior y exterior y necesitamos un tercero. ¿Dónde estamos cuando hacemos lo que en verdad hacemos durante buen aparte de nuestro tiempo, es decir, divertirnos? ¿El concepto de sublimación abarca todo el panorama? ¿Podemos obtener alguna ventaja si examinamos este asunto de la posible existencia de un lugar para vivir que los términos “exterior” e “interior” no describan en forma adecuada?”

(Winnicott, 1971, p.92)

Entre los ejemplos de Freud como nuevos destinos de la pulsión sexual está lo artístico y lo intelectual: sublimar consistiría en mudar el fin pulsional hacia una actividad desexualizada, intentando su realización, por ejemplo, mediante tareas creativas o de prestigio social: arte, religión, ciencia, política, tecnología.. Los mecanismos de sublimación los utiliza ya Freud y tienen que ver con la represión y las tópicas que utilizó él, por ejemplo, el ello, yo y superyó.

Significaría que desde pequeños y desde adultos tenemos unos deseos que a veces no se pueden realizar, porque hay una cultura, una sociedad, un superyó representante de los padres y de la sociedad que reprime y no nos permite que se cumplan esos deseos. Entonces, el yo, que tiene que satisfacer al ello y al superyó, tiene que encontrar otros mecanismos a la hora de satisfacer esos deseos, buscar otros mecanismos para canalizar el impulso es lo que se conoce como sublimación.

La sublimación es un mecanismo humano que es importante a nivel social, porque tiene que ver mucho con la cultura y con el desarrollo de las sociedades humanas, en el sentido que tenemos que reprimir muchos deseos, pues unos se cumplen, pero otros no. Y ante el dolor de no cumplir esos deseos, el ser humano los sublima. Pero la pregunta sigue abierta, ¿dónde estamos? Para Winnicott, el espacio y el objeto transicional tiene que ver con lo simbólico y con el lenguaje, pero aquí utiliza otra concepción del juego, de la sublimación como placer. De tal manera que, entre el objeto exterior y el objeto interno, que tiene que ver con la identidad, con los introyectos... se generan las representaciones mentales abstractas y simbólicas que nos representan. Para crecer es necesario una relación simbiótica previa que tiene que ver con el placer. De manera que el objeto subliminal tiene que ver con

el placer (pecho, juguete...). El juguete simbólicamente representa a la madre y también a una parte de sí mismo, por eso el objeto transicional es interno y externo y lo que se establece en ese hacer es un lugar. ¿De dónde? Desde el espacio transicional, donde es necesaria la confiabilidad y el placer. El juego tiene que ser satisfactorio para que haya desarrollo, para que haya un vínculo.

Freud habló de que, a la hora de hacer psicoterapia, no hay que tener relaciones externas con el paciente ni establecer intimidad. Winnicott, en este espacio transicional que tiene que ver con el juego en el caso de los niños y con el juego simbólico en el caso de los adultos, no habla de que no haya que haber intimidad, sino que lo que dice es que cuando hay violencia y hay sexualidad, se rompe el juego. Puede haber cierta complacencia y erotismo, porque el objeto transicional también es seductor, pero cuando interviene la sexualidad y la violencia en el espacio terapéutico, el juego y el proceso se rompen. Esto se ve mucho con los niños, pero también es importante con los adultos. Cuando los niños tienden a ser violentos y los psicoterapeutas tienen dificultades para controlar esta violencia, ahí tenemos que entender que se rompe la psicoterapia, se rompe el espacio y el objeto transicional. Con lo cual, tenemos que contener y poner límites a esa violencia. En ese momento, estamos haciendo el encuadre, estamos trabajando el contexto, el holding que diría Winnicott.

Así pues, cuando no hay sexualidad ni violencia, cuando hay empatía, intimidad, vínculo, juego, simbolismo... se entra en un espacio de sublimación como un espacio creativo. Winnicott también utiliza mucho el espacio transicional como un espacio de creación, donde se crea algo nuevo, cuyo resultado es el objeto transicional, un hijo que es producto del vínculo entre el bebé y la madre o entre el psicoterapeuta y el paciente. Se trata de un vínculo nuevo, de un lenguaje nuevo, una nueva historia sin traumas. Para Winnicott el juego conduce a la experiencia cultural y constituye su base. Así pues, para Winnicott existen tres estados humanos:

1. Realidad exterior: relación con el objeto y uso de éste, que varía según la fase y la edad, así como la libertad para utilizar los impulsos instintivos.
2. Realidad psíquica interior: algo personal de cada individuo fruto de la integración madura, aunque también entran en juego la herencia, la personalidad y factores ambientales introyectados y factores personales proyectados.
3. Tercera zona: aquí se encontraría la experiencia cultural o el juego creador, muy variable de un individuo a otro, ya que es el producto de las experiencias de la persona en el ambiente en el que se encuentra. La extensión de esta zona puede ser mayor o menor, según las experiencias.

Para lograr la expansión de esta zona, debemos conectar con el espacio potencial, que es aquel que existe entre el bebé y la madre. Esa zona que aparece en la fase del repudio del objeto como no-yo, tras haberse fusionado con el objeto previamente (madre o parte de ella). Tras la fusión con la madre, el bebé empieza a separarse y la madre reduce su grado de adaptación a las necesidades de su hijo, percibiendo la necesidad de éste de que ella sea un fenómeno separado. Este fenómeno también lo observamos en los tratamientos psiquiátricos y terapéuticos, donde el paciente, tras la seguridad y la confiabilidad en el terapeuta, la adaptación a las necesidades y su compromiso, comienza a experimentar la necesidad de libertarse y conseguir autonomía. Aunque el paciente, tal y como ocurre con el bebé, no puede volverse autónomo si no existe la disposición del terapeuta a soltarlo, aunque cualquier movimiento en esta dirección puede percibirse como la amenaza de un desastre. Esta tercera zona, donde el jugar y la experiencia cultural son posibles, vincula el pasado, presente y futuro, donde se requiere una atención concentrada y deliberada, pero sin esfuerzo. En el ser humano no hay separación, puesto que somos seres sociales y vivimos en relación, sino que existe más bien la amenaza de separación, la cual es traumática en función de la experiencia de las primeras separaciones, lo que se relaciona de manera muy significativa con la Teoría del apego que desarrolló John Bowlby (1993).

¿COMO SE PRODUCE ESTA SEPARACIÓN DE SUJETO Y OBJETO, ENTRE EL BEBE Y LA MADRE, DE MANERA QUE SEA BENEFICIOSO PARA TODOS?

Parece ser que todo viene de la experiencia vital del niño/a, donde se desarrolla un cierto grado de fe en la confiabilidad y disponibilidad de la madre. Lo mismo ocurre con la psicoterapia, cuando la preocupación del terapeuta proviene de la capacidad para identificarse con el paciente. Una confiabilidad, un amor, que no equivale solamente a la satisfacción de las necesidades de dependencia, sino que significa ofrecer la oportunidad de que ese bebé o ese paciente pase de la dependencia a la autonomía. En este sentido, es importante entender que la crianza carente de amor o la crianza impersonal no conseguirá producir un nuevo niño autónomo. Sino que cuando hay fe y confiabilidad, se genera ese espacio potencial, esa zona infinita de separación, donde el juego creativo se expande. Con el tiempo, este espacio nos permite disfrutar de la herencia cultural. Es por ello por lo que el juego y la experiencia cultura dependen de las experiencias vitales, no de las tendencias heredadas. Si el bebé recibe un trato sensible en ese lugar en el que la madre se separa de él, la zona de juego será inmensa. Que la madre pueda adaptarse a la evolución de las necesidades de su hijo, le otorga a éste un sentimiento de confiabilidad y permite la separación del no-yo y el yo. Un fracaso en la confianza reduce la capacidad de juego de la persona, por las limitaciones en el espacio potencial. Así pues, la primera necesidad es la de protección de la realidad bebé-madre/padre, en su primera etapa del desarrollo, para que pueda formarse ese espacio potencial en el cual, gracias a la confianza, el niño/a podrá jugar de manera creativa y creadora. La segunda necesidad es ponernos en contacto con elementos adecuados de la herencia cultural, según capacidad, edad emocional y fase de desarrollo. Ese espacio potencial que se encuentra en esta tercera zona varía de un individuo a otro, y su fundamental es la confianza del bebé en la madre, experimentada durante un periodo bastante prolongado, en la etapa crítica de la separación del no-yo y el yo, cuando el establecimiento de la persona autónoma se encuentra en la fase inicial.

¿QUE ENTIENDE WINNICOTT SOBRE LA RELACIÓN MADRE-HIJO PARA QUE SE INSPECCIONE EL MEDIO AMBIENTE, PARA QUE HAYA CONOCIMIENTO Y SE CONVIERTA EN UN ADULTO INDEPENDIENTE?

Winnicott es un psicoanalista relacional y habla no solo de la relación madre-bebé, sino también desde la psicoterapia relacional. Es necesario establecer un vínculo casi simétrico entre paciente-terapeuta, a veces incluso casi simbiótico en el caso de niños con autismo. En este sentido, Winnicott habla de holding como contexto, como el abrazo de la madre, donde se siente cuidado y amado. Se refiere el lenguaje preverbal, a la empatía que se desarrolla con el paciente, el interés que se tiene por su sufrimiento. Se trata de establecer un vínculo en el que paciente se sienta seguro y recogido, en una relación casi simétrica, para a partir de ahí, comenzar a construir la individualización, la autonomía. Con este planteamiento rompe completamente con la psicoterapia clásica de Freud. Tanto la madre como el bebé tienen una intención de sublimación que es necesaria para que después se produzca una separación y autonomía. Son procesos de sublimación.

PAPEL DE ESPEJO DE LA MADRE Y LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS.

Para el desarrollo emocional, el rostro de la madre actúa como espejo precursor de éste. Como sabemos, en las primeras etapas de desarrollo emocional del niño/a, el ambiente juega un papel fundamental, cuando éste forma parte de él. Poco a poco se irá produciendo una separación del no-yo y el yo, donde el ritmo variará según las características individuales de cada niño/a y el ambiente en el que se encuentra (se entiende como no-yo a toda entidad exterior que, en cuanto que es exterior se opone al yo, en ese sentido, al principio en la relación simbiótica de la madre y el bebé, no hay diferenciación entre el yo y el no-yo, mientras que, poco a poco, con la autonomía de la madre y la maduración del bebé, se produce una progresiva diferenciación). En este sentido, como rasgo ambiental percibido, los principales cambios en el desarrollo del niño/a se producen en la separación de la madre. En el caso de que no haya una persona que desempeñe este papel maternal, el desarrollo será más complicado.

Esta idea desarrollada por Winnicott está influida por el trabajo de Jacques Lacan “Le Stade du Miroir” (1949), que utiliza el concepto del espejo como parte del desarrollo del yo. Lacan decía que, hacia los 8 meses, cuando el bebé se mira al espejo y ve su figura, se ve unificado. Anteriormente está como disperso, como parcializado, y es en

este momento, a los 8 meses, cuando se mira, ya se ve unificado y ve una gestalt completa que lo integra. Descubre digamos un primer yo unificado. Según Winnicott, para que esto pueda ocurrir el bebé debe haberse mirado en los ojos de la madre, porque para él, el espejo es el rostro de la madre. Así pues, Winnicott coge este modelo para expresar que el bebé cuando ve los ojos de la mamá ve el amor y ve la vida. Es decir, en la mirada disponible de la madre, el bebé ve la vida a través de sus ojos (pulsión de vida), mientras que, si los ojos de la madre no están disponibles, esta (no) mirada lleva al bebé al desamparo (pulsión de muerte).

Para Winnicott, el modo en que una madre sostiene a su hijo es la base de la capacidad de sentir el cuerpo como el lugar en el que vive la psique, por lo que esta sensación visceral y kinestésica de cómo se unen nuestros cuerpos establece la base de lo que experimentamos como real. Para Van Der Kolk, en su libro “El cuerpo lleva la cuenta” (2015), si una madre no puede satisfacer las necesidades de su bebé, “el bebé aprende a ser la idea que la madre tiene sobre él”. El niño percibe que hay “algo malo” en su manera de ser. Los niños que carecen de sintonía física son vulnerables a desconectar de su cuerpo y a desconectar del centro de placer, del propósito y de la dirección.

Lacan coge a su vez esta idea del espejo de Freud. Freud escribió un artículo sobre “lo siniestro”, el cual ha sido motivo de nuevos estudios para el autismo, la psicosis y el mundo límite de personalidad dentro de sus descripciones sobre “lo extraño”. Nos habla de lo familiar que se vuelve extraño y, en ese sentido, siniestro. Desde esa perspectiva, el espejo que devuelve nuestra imagen, lo nuestro familiar, se vuelve extraña y se convierte en siniestra (Pi, 2003). En él, Freud habla de lo siniestro y pone el ejemplo del doble y del espejo. Cuando nosotros nos miramos en el otro, vemos un doble, al igual que ocurre cuando nos miramos en el espejo y vemos un doble nuestro. Así se puede entender todas las experiencias familiares que se vuelven siniestras y que tienen que ver con la extrañeza. Lacan lleva esta idea hacia los bebés, aunque luego lo trabaja también con el tema de la psicosis, y Winnicott le da otro viraje mucho más interesante y profundo, para nosotros, basándose en la mirada de la madre, lo que provoca el apego del bebé a la madre, a la relación simbiótica y a la vida. Así pues, de manera muy simplificada, Para Winnicott, la función ambiental implica tres fases: aferrar – manipular – presentar el objeto.

Lo que supone que el bebé es sostenido y manipulado satisfactoriamente hasta que se le presenta un objeto que no viola su legítima experiencia de omnipotencia. Como resultado, el bebé puede usar el objeto y sentir a la vez que se trata de un objeto subjetivo que ha sido creado por él. Lo que dice Winnicott aquí es que la mamá, así como el/la psicoterapeuta, ofrece objetos, juguetes... pero eso no significa que no esté el aspecto de que el propio bebé o paciente ha elegido ese objeto y va a construir el objeto transicional, que es un objeto vincular e intermediario entre mamá-bebé o entre paciente-terapeuta.

“El bebé es sostenido y manipulado de manera satisfactoria, y dado esto por sentado se le presenta un objeto en tal forma, que no se viola su legítima experiencia de omnipotencia. El resultado puede ser el que el bebé sepa usar el objeto y sentir que se trata de un objeto subjetivo, creado por él”

(Winnicott 1971, p. 95)

Aunque la mamá o el terapeuta ofrezca juguetes, juegos, interpretaciones... eso no significa que el bebé/paciente proyecte su fantasía de omnipotencia como que él lo ha escogido, lo ha creado y forma parte de su subjetividad. En la omnipotencia, están presentes estas tres funciones importantísimas que menciona Winnicott:

1. Aferrar. Esta función hace referencia a cuando él agarra el objeto, cuando lo coge, lo hace propio y se apodera de él. Esto tiene que ver con la creación, con hacerlo propio, con hacer un objeto transicional en la infancia, o tomar al otro como una posesión omnipotente como en la violencia de género. Y ese agarrar es una función omnipotente.
2. Manipular. La segunda función es la manipulación, donde el bebé mira, observa, desmiembra, ve sus funciones y sus usos, manipula y explora el objeto, empezando a crear y simbolizar sobre él. Esto tiene

que ver con el juego y la creación, la posibilidad del juego imaginario y de la simbolización. Aunque si hay violencia y cálculo, y no hay reparación, se puede entender como un mecanismo de la parte psicótica de la personalidad que no tiene en cuenta al semeja

3. Presentar el objeto: En la tercera función al tratarse un objeto intermediario o un objeto de juego, él bebé (o paciente) lo enseña. Se convierte así en un objeto de diálogo y juego entre la mamá y el bebé o de diálogo y juego entre paciente-terapeuta. En el juego el simbolismo del objeto transicional se hace social. Es un objeto que genera interacción mutua e intercambio simbólico, producto del amor.

Se trata de tres funciones fundamentales para las relaciones humanas y para el diálogo. Por ello, cuando se juega, se potencia la omnipotencia, hasta que en el intercambio social del juego se ponen límites y se simboliza según los códigos de la cultura a la cual se pertenece, donde la mamá y el psicoterapeuta son referentes de la misma. Así pues, en estas tres fases, el niño agarra y se apodera del objeto, luego el niño manipula (lo conoce) y a partir de ese conocimiento, crea y presenta el objeto, juega en el intercambio y se socializa. Cuando hay un diálogo y un juego con la mamá o terapeuta, se socializa, con lo cual se entra en un simbolismo no narcisista, en un simbolismo social. Cuando tú juegas con otra persona, aparecen también la importancia de los límites. Para la Terapia Gestalt los límites del contacto nos permiten diferenciar aquello que forma parte de nosotros de aquello que no, ofreciéndonos una forma propia, una contención interna y una protección respecto a lo externo. Son las fronteras que separan lo externo de lo interno y el lugar en el que ambos pueden encontrarse, en lugar en el que es posible el encuentro, el contacto y el diálogo. El resultado de la respuesta del bebé a estos ofrecimientos que se producen en el ambiente reflejará su maduración personal, es decir, la integración y la relación que presenta con el objeto psicósomático. Esta idea también se puede relacionar con lo que defendió Diana Fosha (2019) cuando afirmaba que “las raíces de la resiliencia deben buscarse en las sensaciones de ser comprendidos y de existir en la mente y en el corazón de otra persona amada, sintonizada y dueña de sí misma”. Así pues, estas tres fases (aferrar, manipular y presentar el objeto) supondrán el comienzo del desarrollo mental y emocional del bebé y del niño/a: desde el ofrecimiento de la mamá, hasta que el diálogo con ella, o con el/la terapeuta, donde se produce una socialización, una relación social en la que se ponen límites a la omnipotencia. Como decíamos, para Winnicott el bebé se ve a sí mismo cuando mira el rostro de su madre. La mayoría de las madres saben responder cuando el bebé está enfadado, agresivo, molesto... y sobre todo cuando está en enfermo. Pero también hay bebés cuyas madres reflejan su propio estado de ánimo o, peor aun, la rigidez de sus propias defensas. También se da el caso de que la madre no puede responder y que muchos bebés no reciban de vuelta aquello que dan, que miren el rostro de su madre y no se vean a sí mismos, y es aquí donde aparecen las consecuencias:

- Se comienza entonces a atrofiar la capacidad creadora del niño/a, que buscará otras formas de conseguir que el ambiente les devuelva algo de sí mismos, a través de otros métodos como ocurre por ejemplo con niños que tienen deficiencias visuales y necesitan lograr ese reflejo de sí mismos mediante otros sentidos perceptivos.
- Para entender la trascendencia que tiene la mirada en el bebé, existe un experimento conocido como Still Face, del Dr. Edward Tronick, donde se puede observar de una manera muy clara:
- <https://www.youtube.com/watch?v=NVLm9LRDip>
- La segunda consecuencia es la acomodación del bebé a ver solamente el rostro de su madre cuando mira. Interpretamos así el mundo en base a las experiencias tempranas que hemos tenido. La mirada que hemos recibido se convierte así en la manera en cómo miramos e interpretamos el mundo.

La percepción ocupa de esta manera el lugar de la apercepción. En filosofía la apercepción es una percepción muy atenta, clara y consciente. Esta palabra fue introducida por Leibniz, quien la definió como la conciencia de la percepción, es decir, la percepción al nivel más alto. Así pues, en este sentido, la percepción no es lo mismo que la apercepción. La apercepción es algo mucho más interno, acerca de qué significados hay tras la percepción. La mirada puede entonces ser pura percepción, sin significado, o puede ser apercepción, donde se le une también el significado que hay en esa mirada de amor o de odio, indiferencia, pasión... Bion también hablaba de que hay personas que miran y no ven o escuchan y no oyen. Personas que se quedan en lo perceptivo y no en el significado

y aquí reside la importancia de que la psicoterapia se adentre en lo aperceptivo, en el significado de lo que se perciben, en lo que qué detrás.

“En segundo lugar, este se acomoda a la idea de que cuando mira ve el rostro de su madre. Este entonces, no es un espejo. De modo que la percepción ocupa el lugar de la apercepción, el lugar de lo que habría podido ser el comienzo de un intercambio significativo con el mundo, un proceso bilateral en el cual el autoenriquecimiento alterna con el descubrimiento del significado en el mundo de las cosas vistas” (Página 96)

Hay bebés que no abandonan la esperanza y estudian el objeto (su madre) y hacen todo lo posible para ver en él (ella) algún significado. Otros viven atormentados por este fracaso y estudian el rostro de la madre para poder predecir su estado de ánimo y hacer un pronóstico de su respuesta. Cuando un/a joven estudia su rostro en el espejo se encuentra también con el rostro de su madre. En este sentido, cuando aparece el narcisismo secundario y los/as jóvenes se miran buscando belleza y enamorarse, se podría decir que existe una duda acerca del amor y la preocupación permanente de la madre. Así pues, existe una gran diferencia entre aquel que se enamora de la belleza a aquel que quiere ver qué hay de bello en cada persona. Todo esto se relaciona también con la teoría del Apego de Bowlby (1969; 1993) y su posterior desarrollo y ampliación sobre los diferentes estilos de apego por Mary Ainsworth (apego seguro, apego evitativo y apego ansioso-ambivalente) y Mary Main (apego desorganizado).

En su libro, Winnicott ofrece también algunos ejemplos clínicos de aquello que está intentando explicar, como el caso de una joven que tenía la necesidad de ser vista en una forma que pudiese hacerle sentir que existía y ante la falta de belleza, se desintegraba su personalidad. Pero también se da el caso de una paciente que presenta una falta de interés por su rostro y que cuando se mira en el espejo solamente le recuerda que parece “una vieja bruja”. Para Winnicott, sentirse real es mucho más que existir, es encontrar la forma de existir con uno/a mismo, de relacionarse con los objetos y de poder retirarse dentro de sí cuando se necesite ese momento a solas. Todo este planteamiento, respecto a la mirada de la madre y la función que tiene en el bebé, tiene la misma importancia en el caso del niño/a y la familia. Por lo que la familia puede realizar una gran contribución al crecimiento y el enriquecimiento de la personalidad de cada uno de sus miembros. El interrelacionarse aparte del impulso instintivo y en términos de identificaciones cruzadas. Para los/as terapeutas existe una dificultad con los pacientes que presentan una capacidad limitada para identificar introyecciones y proyecciones. Ante esta dificultad, el terapeuta debe llevar a acto el fenómeno conocido como acting out y el fenómeno de transferencia con respaldo instintivo.

Para ello, el/la terapeuta extenderá el horizonte del paciente en cuanto a las identificaciones cruzadas, a través de una serie de experiencias durante las sesiones, aunque cabe mencionar que los resultados terapéuticos de esas experiencias no son instantáneos. Para Winnicott, el terapeuta actuará como espejo, a través de interpretaciones verbales de la experiencia en el presente inmediato, es decir, en la consulta. Todo esto se relaciona también con uno de los postulados básicos de la Terapia Gestalt, la cual, que está muy influenciada por la Teoría de Campo de Kurt Lewin, entiende que somos organismos que estamos en continua interacción con el entorno. Por ello, no concibe a la persona como un ente aislado, sino como alguien que crea y es creado por el entorno que le rodea. En este sentido, el encuentro terapéutico desde la Gestalt es visto como un contexto en el que se relacionan dos campos, el del propio paciente y el del/la terapeuta, ambos influenciados mutuamente y de los cuales se dará una co-construcción. En esta forma de concebir la terapia, el/la terapeuta, utilizará sus propios impactos en la sesión como una importante fuente de información que orientará el encuentro terapéutico y la intervención.

El simbolismo del psicoanálisis tiene que ver en establecer relaciones. En la psicoterapia relacional también se defiende esta idea, planteando que el/la psicoterapeuta no solamente hace proyecciones y pone en juego su mundo inconsciente con sus propias identificaciones proyectivas o con sus propias proyecciones, sino que, además de toda nuestra identidad interna más íntima, más narcisista, también somos una identidad social y un referente. Esto tiene que ver también con los límites, con la frustración, con ser una madre “suficientemente buena” que socializa, una madre que si bien estable un apego seguro y confiado, progresivamente tiene pequeños fallos y muestra su autonomía. Para el psicoanálisis relacional, al principio nos dirigimos a establecer una relación de apego, porque el

paciente viene con una cultura narcisista, con sus propios traumas y complejos, y desde el psicoanálisis relacional se intenta que, a través de la propia cultura narcisista, traumática e infantil, establecer un apego, una escucha empática, y proporcionar con el tiempo un referente socializado. Aunque, no obstante, a veces esto se puede también pervertir, actuando de manera sectaria, cuando el apego nunca se rompe, formando paciente y terapeuta un binomio sectario o de supuesto básico, y siguiendo a Bion, con un funcionamiento mental en la parte psicótica de la personalidad.

La importancia de la relación psicoterapéutica de apego es importante cuando el psicoterapeuta es un referente social que tiene en mente el desarrollo mental del paciente. Este planteamiento es importante porque cuando hacemos el doble (Pi, 2003) con un niño que tiene autismo, cuando se imita la estereotipia y el niño mira, ya la ha socializado, porque ésta ha pasado a tener un significado social y porque han establecido una relación.

En un principio, cuando uno comienza la práctica psicoterapéutica, solamente con ser capaz de relacionarse y de jugar, ya se está socializando el malestar. A veces podemos no entender qué nos está diciendo el paciente, pero en todo caso es muy importante que sepa que estamos con él, que pensamos en él, porque es una experiencia que antes nunca ha tenido. Eso ya es terapéutico en sí, ya es socializar, donde el paciente ya percibe que puede hablar, que puede dialogar y que es comprendido, que es escuchado y es tenido en cuenta. Por eso, a veces Bion hablaba de que escuchar y contener es lo más importante, así como que el paciente sepa que, aunque no entendamos, a veces, estamos pensando en él. Este planteamiento se relaciona con lo que decía Carl Jung: “conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al ponerse frente a un alma humana, sea solamente un alma humana”. Nuestra función en terapia es de socialización y de escucha. Nuestra función es proporcionar una nueva forma de relacionarse, a través del apego seguro, donde se ofrece un espacio de seguridad y de protección, pero también de exploración y de autonomía, donde aparece la frustración y el establecimiento de límites.

Hay otro aspecto que Coderch plantea en cuanto al postulado del psicoanálisis clásico de que somos un espejo. Coderch critica el mal uso de la palabra espejo por parte del psicoanálisis clásico, que defiende que el psicoanalista sea una persona distante y objetiva, que no ponga nada de suyo en la relación terapéutica. Coderch critica este planteamiento del psicoanálisis clásico freudiano, afirmando que el/la psicoanalista no es un espejo distante y frío, además que es algo falso, porque somos seres vivos y humanos y, aunque conscientemente queramos transmitir esto, nuestro inconsciente se remueve y siente. Además, incluso afirma que nos tenemos que servir de nuestras propias sensaciones y afectos, lo que nos hace sentir el paciente para poder entender lo que dice y poderse lo transmitir. Se trata de un encuentro entre dos humanos, que sienten, que piensan y que llevan tras de sí toda una cultura propia, aunque se supone que la del psicoterapeuta es más social y la del paciente más narcisista. Este planteamiento se observa también en la terapia Gestalt y en su postulador de organismo-entorno que hemos mencionado anteriormente.

Del mismo modo, en los modelos y los textos de Bion se puede comprender que, a veces, el mejor psicoanalista es un amigo que sabe escuchar. Y, en esta línea, Winnicott podría afirmar que, a lo mejor, el mejor psicoanalista para un niño es su propia madre, si es suficientemente buena. A lo que ambos hacen referencia es a alguien que tenga un apego seguro, que pueda proporcionar otra forma de relacionarse que hasta ahora no conocían, donde la seguridad y la protección que van unidas a alentar a la persona a que sea cada vez más autónoma, con más capacidad y más responsable de sí misma. Y aquí reside la importancia de construir internamente un apego seguro que se pueda transmitir al paciente. Esto tiene que ver con el lenguaje preverbal. Por ello Winnicott afirma que la palabra es el final de un recorrido, antes se tiene que producir un apego que proporciona protección y seguridad entre paciente y psicoterapeuta. Tal y como postula Winnicott, el desarrollo que se produce de manera gradual en la relación con el objeto es lo que impulsa también el desarrollo emocional. Él puede ver en ello dos extremos: uno que abarca todo el horizonte ampliado de esta relación con el objeto, donde se utiliza el desplazamiento y el simbolismo y, en el otro extremo, cuando el objeto todavía no se ha separado del individuo. En este continuo de extremos, puede darse la fusión o simbiosis, cuando la relación con el objeto fusionada, aunque es necesario recordar que al comienzo se trata de un objeto subjetivo. A lo largo del desarrollo emocional, existe una etapa

conocida como el “yo soy”, donde la importancia radica en el ser antes que en el hacer. El hacer tiene que proceder del ser, si no, el hacer carece de sentido. En estas etapas del desarrollo, sobre todo en las primeras fases, existe el reforzamiento del yo materno, donde cobra especial importancia la adaptación de la madre a las necesidades de su bebé en cuanto a los conceptos que vimos anteriormente de aferrar y manipular. Tras estas primeras fases, el niño se va volviendo cada vez más autónomo, capaz y responsable de sí mismo. Posteriormente, se llega a la organización de la realidad psíquica interior, que es comprobada y verificada a través de la realidad exterior o realidad compartida. De esta manera, se produce un intercambio entre la realidad exterior y la realidad psíquica personal, que se refleja a través del uso de símbolos, de juegos creadores y de la destreza para utilizar el potencial cultural. En cuanto a las interrelaciones basadas en los mecanismos de introyección y proyección, éstas se basan en el afecto más que en los instintos.

### ¿QUE QUIERE DECIR EL TERMINO DE IDENTIFICACIONES CRUZADAS?

Se refiere a los mecanismos de introyección (yo tomo de fuera algo como si fuese mío) y proyección (yo pongo fuera algo mío como si no lo fuese). Se refiere al intercambio entre dos individuos que permite a ambos ponerse simultáneamente en el lugar del otro. Lo que Winnicott expresa en el caso de una paciente como “ponerse en los zapatos de otro”. Este tipo de identificación establece la mutualidad o alimentación mutua, que supone el comienzo de la comunicación entre dos personas. A esta capacidad de captación sensible Winnicott la considera un signo de salud mental. Melanie Klein ya hablaba de estos fenómenos cuando afirmaba que el paciente introduce cosas que le son propias en algún otro, en animales o incluso en el propio analista. Una vida sin identificaciones cruzadas significa que el analista, o quien sea, no puede ofrecer nada en forma de identificación proyectiva.

### ¿COMO PUEDEN LOS PACIENTES PASAR DE LAS IDENTIFICACIONES CRUZADAS A TOMAR CONCIENCIA DE ELLAS?

“En verdad, la respuesta no es la que nacen por la acción de la interpretación relacionada en forma directa con el funcionamiento del mecanismo mental. Esto lo digo a pesar del hecho de que en el material clínico reproducido hago una referencia verbal directa; en mi opinión, el trabajo ya estaba realizado cuando me permití ese lujo”

(Winnicott, 1971, p. 114)

Para Winnicott, la capacidad del analista para usar mecanismos proyectivos e introyectarlos poco a poco es lo más importante del trabajo psicoanalítico. A veces es necesario posicionarnos en fases de regresión a la dependencia, entre analista (como la madre) y el paciente, para que ésta vive y se relaciona sin la necesidad de los mecanismos de identificación proyectivos e introyectivos. Luego, el objeto es disociado del sujeto y el analista quedará fuera del control omnipotente del paciente. De esta manera, el paciente podrá ponerse en el lugar del otro y el analista ubicarse en el lugar del paciente. El resultado, por tanto, es una evolución en la transferencia.

Winnicott se quiere separar de Melanie Klein y para ello crea una teoría desde su propio modelo. Él como terapeuta siempre está dentro de lo que es el espacio y el objeto transicional. Desde ahí, interpreta su propio psicoanálisis, muy singular y atractivo. Melanie

Klein utiliza los mecanismos de identificación proyectivos e introyectivos para hablar de la psicosis, pero en realidad ya los había utilizado Freud anteriormente para explicar los procesos psicóticos. Winnicott reinterpreta los mecanismos de Melanie Klein, que los expone como mecanismos psicóticos, donde ponemos cosas nuestras en el otro, un mecanismo masivo, donde lo que no nos gusta de nosotros mismos lo vemos en los demás. Así pues, se proyectan aspectos propios que resultan molestos y que ponemos en el otro. A la vez, ella intenta comprender los procesos psicóticos. Luego, habría como una introyección donde se asimilan aspectos del otro, pero de una manera masiva, como robándoselo, como haciendo una copia, sin digerir y elaborar.

Bion, siguiendo a Melanie Klein, modifica este planteamiento, afirmando que estos mecanismos pueden ser masivos de tipo psicótico, pero pueden ser también comunicativos. Es decir, la gente necesita proyectar su mundo interno, sus ansiedades, para que se le entiendan. Y aquí define la función alfa como la función del terapeuta de ser capaz de entender cuál es la interpretación proyectiva para devolvérsela al paciente, de tal manera que sea asimilable. Él aclara que cuando eso se realiza de manera intrusiva, masiva y violenta, entonces ya sería de tipo psicótico, donde hace inviable la función alfa, donde es inviable devolvérsela y que la pueda aceptar. En este caso, hablaríamos de procesos ya más de tipo delirantes o alucinatorios.

Winnicott también se dirige hacia esta línea cuando habla de ser una madre suficientemente buena en la terapia, en el sentido de devolver algo de lo proyectado o introyectado para que sea digerible y la persona lo pueda asimilar. Es decir, se le devuelve algo propio, pero asimilable y digerible. Cuando afirma que “la respuesta no es la que nace por la acción de la interpretación relacionada en forma directa con el funcionamiento del mecanismo mental” está haciendo referencia a un planteamiento nuevo respecto al psicoanálisis clásico, donde predominaba mucho la palabra, en el sentido en que el paciente se expresa mediante la palabra y hace proyecciones de su mundo interno. Precisamente la Gestalt se asemeja mucho a algunos planteamientos de Winnicott, porque tanto él como Bion, y otros autores, introducen que la interpretación del psicoanálisis clásico, donde todo es palabra, no es tan exactamente así, sino que los significantes, que la interpretación, no tiene por qué ser solo la palabra, sino que la interpretación es la acción, el lenguaje corporal, el juego, el dibujo, etc. Es decir, todo eso ya es proyección y cuando interviene el psicoterapeuta a través del juego, del dibujo y del lenguaje corporal, también es interpretación.

Winnicott lo que dice, entre líneas, es que cuando el paciente habla, el psicoanálisis clásico se fija en lo que dice, en los significados de sus angustias o de sus sueños, que son imágenes visuales... pero todo pasa por lo verbal. De tal manera que, para este psicoanálisis clásico, el/la psicoterapeuta debe ser como un espejo aséptico y volverle con palabras lo que él/ella ha entendido. Winnicott, es disruptivo en este sentido y afirma que, cuando hay un paciente que habla y es una proyección, a la vez, el psicoterapeuta recibe ese lenguaje, lo elabora y hace una interpretación también verbal al paciente, lo que produce introyectos, una comprensión, una elaboración, una asimilación... Pero eso es el final del proceso, porque el introyecto ya estaba presente y ha sido necesario antes realizar un recorrido a través de un lenguaje verbal, corporal, emocional, en recorridos parciales, etc. Es el trabajo previo el que ha permitido finalmente concluirlo con el lenguaje oral. Anteriormente, es necesario toda una experiencia sensorial, corporal... Para ello, primero se requiere una regresión donde el lenguaje verbal no está presente, una unión, un apego de tipo casi simbiótico o simétrico, de un apego confiado, entre el psicoterapeuta y el paciente, donde no hay lenguaje verbal, sino la comprensión del mundo emocional. Luego es necesario tomar una distancia para poner en palabras esa experiencia preverbal. Coderch hablaría de una relación simétrica, Bion diría que no importan las palabras del paciente y del psicoterapeuta, antes uno tiene que sentir no las palabras, sino lo que quieren decir esas palabras. Winnicott hablaba de ser una madre suficientemente buena en término de relaciones del apego, donde tan malo es el exceso como el efecto. Una madre suficientemente buena no tiene por qué siempre satisfacer, también frustra. Esto tiene que ver mucho con el establecimiento de los límites y también con la psicoterapia. Buscamos una relación de apego, de protección y seguridad, pero siendo una “madre suficientemente buena”, ofreciendo ese entorno, alentando la exploración, la capacidad y la responsabilidad y alterando también con la frustración y la diferenciación. Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente y las inferencias que de ellos se desprenden en lo que respecta a la educación superior.

Para Winnicott, sus observaciones parten teniendo en cuenta varios aspectos:

- El desarrollo emocional del individuo.
- El papel de la madre y de los padres.
- La familia como desarrollo natural de las necesidades de la infancia.
- El papel de las escuelas y de otros grupos que amplían la idea de la familia y que, a su vez, también suponen un alivio para sus pautas establecidas.
- El papel de la familia en las necesidades de los adolescentes.

- La inmadurez del adolescente.
- El logro gradual de la madurez en la adolescencia.
- El logro de una identificación social sin la pérdida de la espontaneidad personal.
- La estructura de la sociedad
- Las abstracciones políticas, económicas, filosóficas y culturales en términos de procesos de crecimiento.
- El mundo como superposición de las pautas individuales.

La dinámica que se sigue en la actitud psicoterapéutica es el proceso de crecimiento y el ambiente facilitador del mismo. Winnicott defendía que nada de lo que ocurre en el crecimiento emocional sucede sin que tenga relación con el ambiente, el cual tiene que ser lo “bastante bueno”. Una idea también defendida por la orientación de la Gestalt, que afirma que el individuo es creador y a su vez creado por el entorno. Se diferencia así Winnicott del psicoanálisis clásico, que siempre ha pensado que las situaciones traumáticas o los complejos que el ser humano ha tenido tienen que ver con las fantasías, con el mundo interno, alejándose así de la influencia del ambiente, del aspecto social que tenemos como seres humanos. Además, Winnicott se aleja de definiciones relacionadas con la perfección, pues para él, ésta no existe. Según Winnicott la imperfección es una característica intrínseca de la adaptación humana y esencial del ambiente facilitador. Para este autor, tal y como mencionados al principio, la independencia individual solo es posible gracias a una dependencia casi absoluta al principio, que luego cambiará, poco a poco y de manera ordenada, hacia una dependencia relativa y hacia una orientación a la independencia. Winnicott también recalca que la independencia no puede ser nunca absoluta, porque el individuo nunca es independiente del medio, aunque puede buscar formas para sentirse libre e independiente. Winnicott está recalcando así el hecho de que somos seres inter-dependientes. Sue Gerhardt (2004) también comparte este planteamiento cuando afirma que “para ser un adulto independiente y seguro, debió haber sido un bebé dependiente, apegado, sostenido, en pocas palabras: amado”. Igualmente lo hace Alba Payás (2010), cuando afirma que los seres humanos somos seres relacionales, cuya necesidad de seguridad y protección en la niñez nos permite desarrollar la propia identidad en la adolescencia, así como desarrollar la capacidad de dar y recibir amor en la adultez. Otros autores, sostienen, como Winnicott, que la relación es fundamental, necesaria e indispensable para el crecimiento y el desarrollo del ser humano. En la corriente humanista, la psicopatología o los rasgos de personalidad responden a la privación del contacto o a la insatisfacción de necesidades (Payás, 2010). Sin el contacto con el otro, el sentido del yo se ve dañado, pues es a través de las relaciones con el mundo exterior cuando somos capaces de crear nuestro propio mundo interno, en el que los sentimientos, fantasías, pensamientos, deseos y esperanzas comienzan a aflorar. Por ello, sin una relación no podemos dar significado a la experiencia, ni identificar nuestras propias necesidades ni generar la acción necesaria para poder satisfacerlas, porque son precisamente las relaciones las que nos ayudan a definir dónde están nuestros límites, cuál es nuestro espacio vital, quiénes somos, desarrollar habilidades de cambio y afrontamiento, aumentar nuestro autoconocimiento, anticipar y predecir lo que puede ocurrir en nuestro entorno, pedir y recibir ayuda... proporcionándonos así un sentido de seguridad y protección, contribuyendo a satisfacer nuestras necesidades de supervivencia, pertenencia y de sentido de vida y ayudándonos a organizar e integrar el material interno (Payás, 2010). La mirada materna es un factor determinante para el desarrollo del mundo interno del niño/a y su capacidad relacional (Stern, 1985). Es a través de esa mirada, cuando el niño/a puede crear una imagen interna sobre sí mismo/a, en la que también tiene en cuenta el contexto y a su figura de apego principal. Y será esa imagen interna, ese modelo de funcionamiento interno, en que determinará en la adultez la manera en la que se percibe a sí mismo/a y la manera en la que percibe a los demás, y, por tanto, la manera en la que se relaciona y se vincula (Bowlby, 1995; Ainsworth et al., 1978). Para Erickson (1950), una madre suficientemente buena proporcionará al niño la confianza interna suficiente para desarrollar relaciones y manejarse en la vida. Así pues, la independencia saludable (y para nada absoluta, pues somos seres interdependientes) significa haber comprendido, a todos los niveles, que habrá alguien ahí para nosotros cuando realmente lo necesitemos y, para eso, deberemos haber sido dependientes de esas personas y habernos nutrido de todo ese amor, de todo ese sostén, de toda esa presencia y contención, desarrollando la confianza y la seguridad de que estarán disponibles para nosotros. Y, a su vez, desarrollando la confianza y la seguridad en nuestras propias capacidades para hacer frente a los retos de la vida, gracias al modelo que nos han proporcionado. Quien no haya desarrollado esa primera dependencia, basada en la seguridad y la protección,

vivirá en constante estado de alerta y de miedo para asegurarse de que los demás están disponibles para él/ella, desarrollando un apego inseguro ansioso-ambivalente, o abandonará la confianza en que alguien estará a su lado para sostenerle si lo necesita, adormeciendo para ello sus emociones y necesidades y desarrollando una máscara de independencia superficial como mecanismos de defensa para la intimidad y el compromiso, que es la base del apego inseguro evitativo.

“Producto final de privaciones; personas que, cuando abrigan esperanzas, deben hacer que la sociedad reconozca el hecho de su privación, ya se trate de un objeto bueno o querido, o de una estructura satisfactoria, respecto de la cual se pueda confiar que soportará las tensiones provocadas por el movimiento espontáneo”

(Winnicott, 1971, pág. 117).

La sociedad debe de comprender que, en realidad, un paciente con una patología grave proviene de una situación traumática. La persona con psicopatía es producto de las privaciones que ha recibido, sobre todo en anteriores etapas a nivel afectivo y de apego. Una serie de insuficiencia grave que ha producido los problemas mentales. Y ante esto, se requiere un contexto que permita que, de manera espontánea y empáticamente, proporcione un entorno adecuado para que surja dentro del paciente un apego seguro. Para Winnicott, las cosas surgen de dentro (el niño crea el objeto), aunque posibilitado y facilitado por el ambiente (objeto suficientemente bueno).

Por eso decimos que surge de manera espontánea y creativa cuando hay un entorno psicoterapéutico que lo permite, que permite que surja dentro del paciente ese vínculo, esa experiencia y ese amor protector y seguro. Debemos tener en cuenta que, en cualquier descripción de enfermedad psiquiátrica existe una superposición, pues las personas no se ubican en agrupamientos por enfermedades, ningún concepto se acomoda con exactitud a las particularidades de cada caso. A pesar de este planteamiento, llama la atención cómo Winnicott, que fue un detractor de la utilización de términos como “perfección” o “normal”, utiliza en este caso conceptos como “esquizofrénicos”, “neuróticos”, “esquizoides” para referirse a las personas que presentan esta condición... Al utilizar el adverbio “con” esquizofrenia, “con” neurosis, dejamos espacio para otros aspectos de la personalidad, aceptando que aquella condición con la que vive la persona no define su totalidad, sino que es mucho más que ella. Winnicott prefiere mirar a la sociedad en términos de salud y evita utilizar el término “normal”. Para él, cuando se dirige a estudiar a la sociedad en términos de salud psiquiátrica lo hace teniendo en cuenta los términos colectivos y el crecimiento individual orientado a la realización personal. Para él, no hay realización personal sin sociedad, ni sociedad fuera de los procesos de crecimiento de los individuos que la componen. Recalca también la importancia de aceptar que las personas sanas dependen de su lealtad a una zona delimitada de la sociedad. Esto se relaciona con la necesidad de pertenencia, reconocimiento, aceptación y mirada de amor que tenemos los seres humanos y que pueden verse en la sociedad actual en términos de polarización de ésta, cuando con tal de

## ¿ENFERMEDAD O SALUD?

La sociedad debe contener a aquellos que no están psiquiátricamente sanos, como son:

- Los que presentan una inmadurez en términos de edad.
- Las personas con psicopatía
- Las personas con neurosis, que presentan una motivación y una ambivalencia inconsciente.
- Las personas con melancolía, que vacilan entre el suicidio y otras alternativas.
- La persona con trastorno esquizoide.
- Las personas con esquizofrenia, que no pueden sentirse reales y que, si logran algo, suele ser a base de vivir por delegación.
- Las personas con trastorno paranoide, dominados por un sistema de pensamiento que debe ser exhibido constantemente para explicarlo todo y cuya alternativa se sume en una confusión de ideas, sentimientos de caos y pérdida de la predictibilidad.

sentir ese reconocimiento y esa pertenencia, nos posicionamos en polos extremos y en conceptos dicotómicos. Este planteamiento de Winnicott también guarda relación con el concepto de salutogénesis y con unos de los conceptos fundamentales de la Terapia Gestalt, el cual afirma que la salud es mucho más que la mera ausencia de enfermedad. De modo que no dirige su mirada solamente hacia la patología, sino que pone el foco en un estado de salud en el que predominan características como la creatividad, la flexibilidad, la espontaneidad, la adaptación al entorno y la capacidad de transformación.

Por su parte, la salutogénesis es un concepto acuñado por Antonovsky (1997) que lo que pretende es buscar el origen de la salud, no centrándose en las causas de la enfermedad y del sufrimiento, sino en aquellos factores que generan, mantienen y reestablecen la salud física, mental, social y espiritual del individuo. En este concepto, la persona está en el centro, considerándola protagonista de su vida, un agente activo responsable y participe de la toma de decisiones respecto a su salud y a su bienestar. Antonovsky, en su investigación, descubrió que los estresores no son los responsables de la enfermedad, sino la presencia y la fuerza de los recursos personales de cada persona y el tipo y la calidad del apoyo psicosocial percibido lo que puede llegar a determinar la enfermedad o la salud. Pero volviendo a la obra de Winnicott, en ella podemos ver alguna de las diferencias y similitudes entre el psicoanálisis relacional y el psicoanálisis clásico. Este último defendía la necesidad de reparar la situación traumática vivida, mientras que el psicoanálisis relacional a veces considera que la historia pasada no importa tanto, que la situación traumática que produjo el malestar no es el fin último de la relación psicoterapéutica, y que lo que hay que hacer es crear una historia nueva, una experiencia relacional en la cual se genere una historia en la cual el paciente se sienta seguro y protegido. En este sentido, se estaría hablando de autogénesis, como un nuevo nacimiento, donde el paciente debe tener una experiencia de amor, de comprensión, de respeto, de apego... como defiende Silvia Bleichmar (1999). A esto es a lo que se refiere Coderch cuando habló de relación simétrica o cuando hablamos de relación simbiótica terapéutica, es decir, establecer al principio la relación psicoterapéutica en la cual el diálogo lleve a una relación de comprensión, empatía y apego seguro, en un principio, para progresivamente que haya diferenciación y separación. Bion con la Función Alfa, o la Función de Reverie, permite saber lo que le pasa al bebé a través de sus manifestaciones preverbales, y da un nuevo formato del apego seguro. A esa capacidad de la madre de devolverle al bebé su experiencia emocional sin metabolizar (elementos Beta) en forma de pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por él (elementos Alfa), Bion la llama "Capacidad de Reverie" (reverie: del francés, ensueño). Con lo cual la madre ofrece al bebé, no solo un apego protector y seguro, sino que se crea una historia nueva en referencia a la capacidad de pensar la frustración. Capacidad importante por lo tanto para el terapeuta, que lleva al paciente a la gestión emocional y a su socialización. De alguna forma el paciente viene con esa desconfianza que se tiene con el otro, y el psicoterapeuta ofrece empatía, comprensión, diálogo y funciones capaces de elaborar el miedo. En esa nueva neogénesis, hay un momento que se corta la desconfianza y, a partir de ese apego seguro y protector, de manera espontánea, surge una historia nueva, donde habrá frustraciones, pero sostenidas por el apego seguro construido.

Personalmente, mi manera de entender la psicoterapia, y la vida, une ambos planteamientos, y es que la historia traumática es necesario abordarla para después, o a la par, ir generando un nuevo nacimiento, una nueva historia. O al contrario, generar una nueva historia de seguridad en el presente para luego poder ir al pasado traumático y reelaborarlo e integrarlo. Para la Terapia Gestalt el pasado tampoco es importante en sí mismo, sino que se centra en cómo, desde el presente, es visto y vivido ese pasado, en cómo se mira y se vive en el presente la historia pasada. Por su parte, el abordaje del trauma se encamina a crear ese espacio de seguridad, protección y contención que permita proporcionar un lugar seguro, interna y externamente, para después ir, poco a poco, elaborando e integrando la situación traumática. De esta manera, el trauma también puede ser un lugar desde el cual crear una nueva experiencia, una nueva historia, con lo que se conoce como "crecimiento postraumático". Levine y Klein (2017) sostienen esta idea cuando afirman que "la mala noticia es que el trauma forma parte de la vida. La buena noticia es que la resiliencia también lo es".

## TESIS PRINCIPAL

A lo largo de su obra, podemos comprobar cómo la tesis principal de Winnicott gira entorno a la importancia de una crianza materna lo “suficientemente buena”. Habla en términos de “materno” para describir la actitud de los bebés y a su cuidado, siendo consciente que el término paterno aparece y se va convirtiendo poco a poco en un factor importante, para después pasar a la familia y a la responsabilidad compartida de ambos.

Para Winnicott, el elemento materno tiene que ver con la importancia de sostener, manipular y cuidar al bebé. En esta teoría del cuidado, la continuidad de dicho cuidado es un rasgo central de ese ambiente facilitador, gracias a la cual el bebé puede disfrutar de una continuidad en su línea de vida. Es aquí donde este planteamiento de enlaza con el planteado por Bowlby (1969) en cuanto a la continuidad de los cuidados. La mirada de Winnicott no se dirige solamente a la salud, sino también a la riqueza de la familia que se construye en la salud y que puedan dirigir al bebé hacia su realización personal. Preguntémonos, ¿cuál es la actitud respecto a la succión del pulgar o los ejercicios autoeróticos en general? ¿cómo reacciona la gente ante las incontinencias naturales de los primeros momentos de la vida y su relación con la continencia? Se cree que, si los padres crían bien a sus bebés y sus hijos, habrá menos problemas, pero nos olvidamos de que, algunos de los problemas actuales se relacionan con los elementos positivos de la crianza moderna y las actitudes respecto a los derechos del individuo. Dentro de un apego seguro y protector, para que haya un desarrollo humano, tiene que existir la imperfección, así como los límites y la frustración.

“Si se hace todo lo posible para promover el crecimiento personal de los descendientes, habrá que hacer frente a resultados sorprendentes. Si sus hijos llegan a encontrarse a sí mismos, no se conformarán con encontrar algo, sino que buscarán la totalidad, y ello incluirá la agresión y los elementos destructivos que existen en ellos, tanto como los que se puede denominar amantes. Y se producirá esa larga pendencia a la que habrá que sobrevivir”.

(Winnicott, 1971, pp. 119 – 120)

Para huir del adoctrinamiento, hay padres que dejan que los bebés crezcan espontáneamente sin límites, sin un contenedor. El bebé debe ser espontáneo y crear, pero el objeto exterior se ofrece por parte de los padres y el terapeuta. Es responsabilidad de los padres, que creen ese espacio, que sea creativo, que fomenten la maduración, la creatividad y el funcionamiento autónomo, acompañado también del establecimiento de límites claros. Otras corrientes, como el constructivismo, también defienden la importancia de educar a los niños/as, pero en un entorno social y no individual. Vygotsky afirmaba que, en la zona de desarrollo próximo, que un bebé o un niño se desarrolle es posible dentro de una relación social, que va más allá de sus propias posibilidades.

Hablaba de la importancia de aprender y crecer gracias a la interacción. En la práctica clínica se habla de reeducación psicoterapéutica, porque hasta que no se establece un vínculo, no podemos hacer una reeducación, un vínculo de aprendizaje. Si no establecemos un vínculo seguro, el niño/a no puede aprender. En este sentido, vemos incluso como en la escuela se puede dejar a los niños con TEA a merced de sus problemas, sin permitir que se establezcan vínculos adecuados para que surgiese de manera espontánea la creación de una nueva historia. En cuanto a la educación de los niños, Winnicott recalca que, aunque las acciones de los progenitores hayan estado dirigidas a la utilización de símbolos, del juego, de poder soñar y ser creadores de forma satisfactoria, es posible que el camino sea pedregoso y con errores que conduzcan a ser vistos y sentidos como desastrosos, algo que es muy común. Winnicott, en este planteamiento, reniega de nuevo de esa concepción de perfección. El resultado de todo lo sembrado vendrá en forma de riqueza, que aparecerá poco a poco en el potencial del o la adolescente.

## MUERTE Y ASESINATO EN EL PROCESO ADOLESCENTE

Winnicott, en su libro (1971), explica cómo en la adolescencia los jóvenes se alejan de la dependencia para encaminarse hacia su condición de adultos. Payás (2010) también concuerda con Winnicott y otros autores cuando sostiene que el reto en esta etapa es separarse de las figuras de apego y construir nuevas relaciones interpersonales. Ese crecimiento supone un entrelazamiento complejo con el ambiente facilitador. Es importante, en este sentido, utilizar a la familia y, si no es posible, que existan pequeñas unidades sociales que contengan el proceso de crecimiento adolescente. También debemos tener en cuenta que los mismos problemas que existieron en las primeras etapas, aparecerán también en la pubertad.

Es muy valioso, en este sentido, comparar las ideas adolescentes con las de la niñez. Así, podemos observar que, si en el primer crecimiento hay un contenido de muerte, en la adolescencia el contenido será de asesinato. El crecimiento significa así ocupar el lugar del padre y en la fantasía inconsciente, supone un acto agresivo. Winnicott afirma que, como en la adolescencia se pone en duda la relación de apego y de dependencia respecto a los padres, el adolescente adopta una posición más de lucha, de reivindicación... utilizando la metáfora del asesinato. Pero no debemos olvidar que también hay adolescentes con depresión. Pero lo cierto es que en la adolescencia existe un intento de adultez y de separación de los padres, de “yo soy”, de “yo puedo”. Cuando esa ira, esa agresión no se proyecta fuera, sino que se pone en marcha el mecanismo de defensa de la retroflexión, donde la energía va hacia dentro, es cuando se producen los síntomas depresivos, porque la agresión es interna.

La rebelión adolescente corresponde así a la libertad del hijo de existir por derecho propio. En la fantasía inconsciente, el crecimiento propio de la pubertad y la adolescencia pasa por la muerte de alguien, que puede lograrse en el juego y con los desplazamientos, con las identificaciones cruzadas. En la psicoterapia, la muerte y el triunfo personal aparecen como algo intrínseco del proceso de maduración y la adquisición de la categoría de adulto. Este fenómeno se asemeja al planteamiento de la Gestalt en cuanto a los mecanismos de defensa introyectivos, donde el movimiento en este sentido es tomar conciencia de esos mandatos familiares y sociales que han estado guiando nuestra vida de manera inconsciente, para luego pasar al ejercicio de desmenuzarlos, ver todas sus partes, deshacernos de aquello que no coincide con nuestros valores y forma de vida y de quedarnos con aquellos que queremos seguir incorporando en nuestras relaciones, propias y con los otros. Se trata, así pues, de tomar conciencia de esos introyectos familiares y sociales y hacerlos propios. A nivel metafórico, aunque Winnicott construye una gran teoría y muy creativa y novedosa, sigue siendo un psicoanalista muy cercano a Freud. Freud utilizaba la palabra “matar” como una metáfora de la separación de los padres (el padre castra y en un momento de la adolescencia hay que matar al padre). Habla así de la castración para un paso previo para poder ser libre. Coderch, por su parte, en la psicoterapia relacional no habla de matar, sino que, a nivel de experiencia, el adulto o el adolescente se despoja, abandona o reprime al ser humano desconfiado, al niño desconfiado, con paranoia y violencia. Coderch, como hemos dicho, parece que no da tanta importancia a la historia pasada, pero sin embargo continua con alguna terminología kleniana para apuntalar sus aportaciones.

En la psicoterapia del adolescente, la muerte y el triunfo es algo intrínseco del proceso de maduración y de la adquisición de la adultez. En este caso, lo único que pueden hacer los padres en este proceso es mantenerse intactos, sin cambiar ni abandonar ningún principio importante, incluso llegando a desarrollar un crecimiento personal. La inmadurez es un elemento esencial de la salud de la adolescencia y es el paso que dará lugar a la madurez. Esta inmadurez contiene rasgos muy importantes para el pensamiento creador y para que surjan sentimientos nuevos y frescos. De hecho, para Winnicott, la sociedad necesita ser sacudida y cuestionada por aquellos adolescentes que todavía no han adquirido la capacidad de responsabilidad y es necesario que sea así. El triunfo para Winnicott pasa por lograr esta madurez a través del proceso de crecimiento, desechando la falsa madurez basada en la personificación de un adulto.

La adolescencia presente un gran potencial, donde se producen múltiples cambios: cambio corporal, cambio sexual, cambio en la dirección del crecimiento físico y la adquisición de verdaderas fuerzas... El sentimiento de culpa del adolescente es tremendo y es necesario desarrollar la capacidad para descubrir el equilibrio entre lo bueno y lo malo, el odio y el amor. La madurez corresponde a un periodo posterior de la vida en la que en adolescente no puede ver más allá que la siguiente etapa. En la adolescencia, una característica muy llamativa es el idealismo, fruto de la libertad que sienten para crear planes ideales. Pero lo fundamental, para Winnicott, es ver la adolescencia como algo más que una pubertad física, viendo el crecimiento y el tiempo que implica. En esta fase de crecimiento, los progenitores tienen que hacerse cargo de la responsabilidad que ahora mismo no está desarrollada en el adolescente. Según Winnicott, si esto no ocurre, así, los/as adolescentes tendrán que saltar a una falsa madurez y perder la libertad de tener ideas y actuar por impulso.

Winnicott finaliza afirmando que en la adolescencia es necesaria la confrontación personal, referida como contención y que no posea represalia y venganza, sino como una fuerza para exigir el derecho de tener un punto de vista personal. Es saludable que los adolescentes modifiquen la sociedad y aporten una mirada renovada.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health PromotInt*, 11, 11-18.
- Bleichmar, S. (1999). Clínica psicoanalítica y neogénesis. Ed. Amorrortu
- Bowlby, J. (1969). Apego y pérdida. Ed. Basic Books.
- Bowlby, J. (1993). El vínculo. Ed. Paidós.
- Fosha, D. (2019). El poder transformador de los afectos. Ed. Eleftheria.
- Gerhardt, S. (2004). El amor maternal. Ed. Albesa
- Levine, P. A., y Klein, M. (2017). Tus hijos a prueba de traumas. Una guía parental para infundir confianza, alegría y resiliencia. Ed. Eleftheria.
- Payás, A. (2010). Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Ed. Planeta.
- Pi, V. (1988). Una nueva didáctica del grafismo. Ed. Promolibro.
- Pi, V. (2003). Experiencias en autistas, psicóticos y caracteriales: la mano de dios. Ed. Promolibro.
- Van Der Kolk, B. (2015). El cuerpo lleva la cuenta. Ed. Eleftheria.
- Winnicott, W., D. (1971). Realidad y juego. Ed. Gedisa.
- Zinker, J. (1979). El proceso creativo en la terapia gestáltica. Ed. Paidós.

#### AGRADECIMIENTOS:

Raquel, construye un objeto transicional propio a través de las distintas interpretaciones que surgen de la lectura, el diálogo y el trabajo de reelaboración posterior. Su capacidad para relacionar teorías y modelos, su inteligencia y sensibilidad, le permiten ir mucho más allá. Su lenguaje lleno de sentimiento y empatía hacia el sujeto que sufre, hace de esta lectura un alegato a la teoría del apego, muestra de cómo la psicoterapia puede acercarse a un diálogo simétrico, absolutamente humano. Estamos ante algo mucho más que una reseña, un trabajo propio en el que su autora asocia las propuestas de Winnicott, las asociaciones del taller, su formación gestáltica previa y su experiencia clínica. El texto, forma el relato de la experiencia del taller, de la experiencia propia y del vínculo como psicoterapeuta.

Vicent Pi Navarro, supervisor del taller.

# NOTICIAS

## Finalización de los cursos y seminarios curso 2021-2022:

Este curso académico se ofertó el “Seminario: psicoterapia psicoanalítica relacional del niño, del adolescente, del joven y del adulto, teniendo como modelo al psicoanalista Bion y a otros autores psicoanalistas”, coordinado por Vicent Pi Navarro. Y la actividad de supervisión en grupo para niños, adolescentes y adultos. La cual se realizaba dos viernes al mes de 12.30h a 14h y donde un/a profesional de la clínica o externo presentaba un caso al grupo y éste era supervisado por Vicent Pi. Se trabajaban aspectos propios de la supervisión pero se aportaban conceptos clínicos, teóricos y psicopatológicos.

Próximamente se anunciarán nuevas formaciones (talleres, charlas, seminarios..) para el próximo curso 2022-2023.

## Programa de Prácticas Universitarias 2022-2023:

El próximo curso 2022-2023 se van a aumentar el número de plazas ofertadas desde la clínica INDE a las personas que realicen el Programa de Prácticas Universitarias que viene desarrollándose desde el 2010. Os dejamos el enlace de la web para más información y para visualizar el programa completo:

<https://www.clinicainde.com/formacion/practicas-externas-universitarias/>

Con ello, os anunciamos también la finalización de las prácticas del curso 2021-2022 de tres alumnas de diferentes universidades. Concretamente, del grado de psicología de la Universidad de Valencia y del Master de Psicología General Sanitaria de la Universidad de Valencia y de la Universidad Europea de Valencia. Con ello, con el aumento de plazas nombrado anteriormente, en el próximo curso las personas en prácticas que acudan a la clínica INDE vendrán de las dos universidades de Valencia nombradas y de la Universidad Europea de Miguel de Cervantes, ubicada en Valladolid.

# NOTICIAS

## Realización taller sobre intervención en infatojuvenil para psicólog@s sin fronteras.

El 17 de Junio de 2022 dos profesionales de la clínica INDE, Arantxa Navarro Lon y Paula Rodrigo Plaza, realizaron un taller para las/los voluntarios de la asociación psicólogos sin fronteras. En este taller se abordó, desde la perspectiva de la psicoterapia psicoanalítica relacional, como las profesionales de la clínica abordamos la intervención con los niños, adolescentes y sus familias cuando acuden a nuestro centro. Se enfocó desde una metodología teórico-práctica y se quiso hacer hincapié sobretodo en la importancia de la escucha, de la creación del vínculo terapéutico y del conjunto del sistema familiar.

## Formación para el profesorado en le CEFIRE de Valencia

Próximamente, algunas profesionales y docentes de la clínica INDE también formarán parte de la formación, junto a ASIEM, para el profesorado sobre “La salud mental des de la perspectiva del vínculo aplicada a la formación de las personas adultas”. La cual se impartirá en el CEFIRE de Valencia y será semipresencial.

En el siguiente enlace se puede visualizar la información, así como las inscripciones de la formación:

<http://cefire.edu.gva.es/sfp/index.php?seccion=edicion&id=10026301>

# NOTICIAS

Proximas actividades formaticas.



- Seminario psicoterapia psicoanalítica relacional del niño, adolescente y del adulto, teniendo como modelo a Bion (Anual-30h). Vicent Pi
- Curso “Clínica con adolescentes, posicionamientos teóricos y clínicos” (Anual-32h). Encarna Amorós y Manuel Sides
- Seminario de Supervisión en grupo (Anual). Vicent Pi

## **CURSO CLÍNICA CON ADOLESCENTES, POSICIONAMIENTOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS**

- Metodología: Teórico-Práctica.
- Modalidad: online y presencial
- Inicio: 7 Octubre 2022
- Fin: 16 Junio 2023
- Horario: sesiones serán los viernes de 19-21h cada dos semanas
- Docentes: Manuel Sides y Encarna Amorós

## **SEMINARIO DE SUPERVISIÓN EN GRUPO DE NIÑOS, ADOLESCENTE Y ADULTOS**

- Metodología: Práctica. Cada sesión supervisa un/a profesional.
- Inicio: 14 Octubre 2022
- Fin: 9 Junio 2023
- Horario: sesiones serán cada dos semanas de 1,5h (mañanas)
- Supervisa: Vicent Pi Navarro

## **SEMINARIO DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA RELACIONAL DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y EL ADULTO, TENIENDO COMO A MODELO A BION**

- Metodología: Teórico-Práctica
- Modalidad: online
- Inicio: 14 Octubre 2022
- Fin: 9 Junio 2023
- Horario: sesiones serán de 2h cada dos semanas
- Docente: Vicent Pi Navarro

# NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. La Revista de psicoterapia psicoanalítica relacional INDE es una revista que publica en español trabajos referidos al campo profesional de la psicología, la psicoterapia y el psicoanálisis en su vertiente teórica y aplicada, así como de otras disciplinas afines como son la filosofía o la educación.
2. Se podrán publicar textos de tres categorías: artículos técnicos del ámbito de la psicoterapia y el psicoanálisis, ensayos y artículos de opinión, noticias de actualidad y diálogos o entrevistas interprofesionales.
3. Para los trabajos técnicos, los originales han de atenerse a las normas de publicación de la APA (2010) Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.) Washington, DC: Author. [http:// www.apastyle.org](http://www.apastyle.org).
4. Los autores de los distintos trabajos deberán mandar junto con el texto: nombre y apellidos, dirección, teléfono y correo electrónico de contacto, a la dirección de email: [inde@clinicainde.com](mailto:inde@clinicainde.com)
5. El consejo editorial acusará recibo inmediato de todo artículo recibido
6. El consejo editorial evaluará de forma anónima su adecuación para la publicación. Trascurridos un máximo de 90 días, comunicará su resolución al autor del texto.
7. Una vez aceptado el trabajo, la Clinica Inde se reserva el derecho de publicarlo en el número de revista pertinente a tal efecto.
8. El autor conservará los derechos de autoría cediendo los derechos de publicación y difusión a la Clinica Inde.
9. Los trabajos publicados podrán aparecer en diferentes medios siempre y cuando el autor y las publicaciones así lo consientan.
10. El comité editorial podrá encargar trabajos específicos a distintos colaboradores o proponer números específicos monográficos.





**INDE**

CLÍNICA PSICOTERAPÉUTICA

Clínica Psicológica Integración y Desarrollo S.L

ISNI: 0000 0004 8396 1578

C\ Cuenca 21, 1-1º, 46007 - Valencia.

Contacto: 96.3819998 / 680107051 –

[inde@clinicainde.com](mailto:inde@clinicainde.com)