



Número 2. Noviembre 2018.

Revista Pensamiento Psicoanalítico

SUBJETIVIDADES CONTEMPORÁNEAS





Revista Pensamiento Psicoanalítico

Comité editorial de la Revista Pensamiento Psicoanalítico

Dirección:

Elizabeth Palacios García

Secretaría de redacción:

Antonio Lorente Gracia

Consejo de redacción:

Natalia Larraz Rábanos

Diseño portada y maquetación:

Sergio Ortega Muñoz y Luisa Moi

Edición web:

Asesoría Zaragoza S.S.L.

Edición:

AAPIPNA Asociación Aragonesa Para la Investigación Psíquica del Niño y el Adolescente

ISSN: 2530-4445

Revista Pensamiento Psicoanalítico © 2018 Zaragoza



A A P I P N A

asociación
aragonesa para la
investigación
psíquica del
niño y el adolescente

Homenaje a Asbed Aryan de sus compañeros de AAPIPNA.

ÍNDICE

1. Palacios, E. Carta al lector	7
2. Elman Shutt, F. Presentación del número de la revista	10
3. Artículos	21
• Jarast, R. Aspergers en Wall Street y en la City	22
• Simal Galindo, T. Sota Leiva, T. Pérez Fernandez de Landa, E. Pérez Arrieta, K. Ajona Barandalla, A. Debajo de los síntomas del TDHA	30
• Gorischnik, R. Miotto, P. Mareman, V. Franck, G. Embarazo Adolescente en situación de abuso. El lado oscuro de las nueve lunas	43
• Vidal, R. La última etapa de la vejez en un contexto residencial asistido. El grupo psicoterapéutico	58
4. Entrevistas	76
• Lorente, A. Entrevista a Entrevista Janine Puget	77
• Larraz, N. Entrevista a Jeanne Magagna versión original	80
• Larraz, N. Entrevista a Jeanne Magagna en Español	85
5. Reseña	90
• Uribarri, R. Adolescencia y Clínica Psicoanalítica	91
6. Monografía	93
• Elman Schutt, F. El Psicoanálisis al alcance de todos	94



1. CARTA AL LECTOR

Carta al lector.

Estimados lectores,

Un nuevo número de “Pensamiento Psicoanalítico” ve la luz tras un año del anterior, retomando una tradición que pensamos necesaria en nuestra clínica desde el psicoanálisis. Hace un año nos reunimos en el Instituto Fernando el Católico de la Diputación Provincial de Zaragoza en un entrañable acto que, como mojón en el camino, señalaba el renovado interés de nuestro propósito. Y aquí estamos nuevamente continuando la andadura, consolidando el camino de la aspiración enunciada: generar un espacio de pensamiento acerca del sujeto en su singularidad y sujetado a su contexto cultural con sus inherentes malestares, todos temas que en nuestro quehacer clínico nos interpelan. ¿Qué os solicitamos a vosotros estimados lectores? Qué estéis dispuestos a dejaros convocar, estimulando vuestra curiosidad y permitiéndonos crear una comunidad de autores y lectores que nos posibilite mantener vivo el espíritu psicoanalítico con sus aportaciones, sus herramientas, generando un conjunto creativo, crítico y de intercambio. Este número lleva por título el de “Subjetividades contemporáneas”. Pensar las subjetividades y los procesos de subjetivación desde el psicoanálisis, así como la implicación y modos de proceder junto a los procesos de pensamiento del psicoanalista es fundamental para la vitalidad de nuestra tarea. De eso trata este número. Distintos textos que todos ellos desde perspectivas diferentes tratan cuestiones vinculadas a la clínica con la que nos encontramos hoy, la necesidad de configurar dispositivos para abordarla y la formación de los terapeutas. Los términos subjetividad y contemporánea constituyen una fecunda vía de interrogación para dar cabida al análisis en los diferentes escritos de la incidencia de los factores socioeconómicos y políticos de estos últimos tiempos, signados por la violencia y el desamparo que ponen en peligro los pilares de la relación del sujeto con la sociedad y en sus vínculos intersubjetivos. Todos temas que nos convocan a tener que pensar nuevas expresiones de la subjetividad. Por lo tanto, entendemos por subjetividad contemporánea a aquellas dinámicas y expresiones discursivas de las subjetividades propias de la época actual, en el marco de las condiciones socioculturales de la posmodernidad. Todas estas cuestiones nos obligan a interrogar los saberes con los que contamos y formular encuadres y dispositivos para dar cabida al poder subjetivante de la experiencia analítica. Cuánto pueden contener los odres viejos el vino nuevo y que necesitamos repensar. Muchas son las preguntas que podríamos formular: ¿Los cambios en las formas del trabajo, del amor, de la sexualidad, de las configuraciones familiares inciden en la estructuración psíquica? ¿Estamos en condiciones de dar cuenta de los diversos modos en que dicha incidencia se produce? ¿En qué medida los procesos de producción de subjetividad nos permiten entender los procesos de estructuración psíquica? ¿Cómo podemos situarnos ante todo ello en nuestro trabajo clínico? ¿Qué de los saberes que sustentamos nos permiten seguir encontrando respuestas para todo ello?

Los trabajos que aquí podrán encontrar abordan estas cuestiones esbozando líneas para iniciarse en un modo de pensarlas y para considerar el posicionamiento de la práctica clínica y la experiencia analítica. Trabajos que abordan la cuestión de las nuevas formas de la subjetividad y la medida en que las mismas nos convocan a pensarlas. Esperamos que este número les despierte interés y nuevas ideas.

Comité editorial.



2. PRESENTACIÓN DE LA REVISTA



REFLEXIONES EN TORNO A LA PRESENTACIÓN DE LA REVISTA PENSAMIENTO PSICOANALÍTICO

Fanny Elman Schutt

Miembro Adherente de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y Miembro Invitado de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM).

RESUMEN

La autora utiliza como base de este artículo su intervención en la presentación oficial del primer número de la revista Pensamiento Psicoanalítico, extrayendo las ideas centrales incluidas en dicha revista. Pone de relieve la importancia conferida por Freud a la letra escrita, al mismo tiempo que desarrollaba sus descubrimientos y subraya el hecho de la casi inmediata traducción, publicación y difusión de sus escritos en español. Destaca en la etapa post-freudiana la influencia dominante en la década de los años '50 de la escuela inglesa y, en particular, de Melanie Klein hasta el rescate y revalorización de los fundamentos freudianos en las décadas siguientes. Éstos, según la autora, constituyen el núcleo principal de toda formación psicoanalítica. Como punto de partida pero no de llegada.

PALABRAS CLAVE

Letra escrita, traducción, fundamentos freudianos, formación psicoanalítica, desarrollos

ABSTRACT

The author uses as the basis of this article her intervention in the official presentation of the first issue of the journal "Pensamiento Psicoanalítico", drawing the central ideas included there. She emphasizes the importance given by Freud to the written letter, while developing his findings and underlines the importance of the almost immediate translation, publication and dissemination of his writings in Spanish. She highlights the dominant influence in the '50s of the English school and in particular of Melanie Klein under the post-Freudian era until the rescue and reassessment of the Freudian foundations in the following decades. According to the author, these constitute the main core of any psychoanalytic training as a starting point but not of finish one.

KEYWORDS

Written letter, translation, Freudian foundations, psychoanalytical training, developments

¹Correspondencia: Fanny Elman Schutt. Calle Careluega, 45. 28033 Madrid.
Teléfono: 913-838-781. E-mail: fannyelman32@gmail.com

REFLEXIONES EN TORNO A LA PRESENTACIÓN DE LA REVISTA PENSAMIENTO PSICOANALÍTICO

1. INTRODUCCIÓN

La iniciativa de AAPIPNA de lanzar una revista sobre psicoanálisis tiene un enorme valor pues es un medio muy adecuado para transmitir un conocimiento que se nutre de experiencias desarrolladas en la intimidad de nuestras consultas o de los espacios destinados a la salud mental. Ese conocimiento procedente del pensamiento freudiano y de otros autores es actualizado por una reflexión y por intercambios en base a dichas experiencias.

Estas circunstancias confluyeron en el VII Simposio de la Sección de Psicoterapia Psicoanalítica de la FEAP celebrado en Zaragoza en octubre de 2015, cuyo objetivo fue responder al interrogante de cuáles y cómo los nuevos paradigmas interpelan a nuestra clínica.

El primer número de esta revista incluyó ponencias presentadas en dicho simposio y aprovechando la tecnología disponible se han difundido online, haciéndolas accesible de este modo a todo tipo de lectores.

En este artículo se extraen las ideas centrales de dichas ponencias y una síntesis de los trabajos grupales allí presentados.

2. PSICOANÁLISIS FREUDIANO: ORIGEN, PUBLICACIÓN Y TRADUCCIÓN

El origen del psicoanálisis está vinculado estrechamente a la letra escrita. Gracias a la voluntad de Freud de escribir paso a paso sus descubrimientos, por supuesto en alemán, su lengua materna. Pero muy precozmente sus primeros trabajos pertenecientes a los Estudios sobre la histeria (Freud, 1976; Elman Schutt, 1995) despertaron el interés del ámbito médico y psiquiátrico en España, merced a lo cual su obra traducida al español pudo difundirse no sólo en España sino en toda Latinoamérica (Vezzetti, 1991).

Se trató de la primera traducción, anterior a la inglesa y precediendo en muchos años a la francesa. Pudo contar además con el beneplácito de Freud, quien había aprendido a leer español para poder acceder a la versión original de *El Quijote*.

Se dio el caso de que en 1893, casi en simultáneo a su publicación en alemán un primer artículo de Freud se publicaría en español en sendas revistas médicas de Granada y Barcelona. Luego, influiría también en el ámbito pedagógico (Instituto Libre de Enseñanza), en el jurídico (Luis Jiménez de Asúa), en el artístico (Antoni Gaudí) y un filósofo como José Ortega y Gasset (1947) sugeriría a la editorial Biblioteca Nueva adquirir en 1911 los derechos de publicación de toda la obra de Freud, la ya escrita y por escribirse en el futuro (Muñoz, 1989).

En 1914 se llegó a ese acuerdo que permitiría el nacimiento de sus Obras Completas en español.

La primera traducción le correspondería a José Luis Ballesteros y a la muerte prematura de éste, la responsabilidad recaería en un zaragozano ilustre, Ramón Rey-Ardid, catedrático de psiquiatría y campeón nacional de ajedrez en varias ocasiones. Así comenzaría Zaragoza a inscribirse en el mapa del desarrollo psicoanalítico de España a partir de 1968.

Cabe consignar que a mediados de los años 70 comenzaron a llegar a España muchos psicoanalistas argentinos, radicándose en su mayoría en Madrid y Barcelona, pero también algunos se instalaron en otras ciudades como fue el caso de Elizabeth Palacios en Zaragoza.

Pero también cuatro décadas antes corresponde recordar que hubo una corriente de intelectuales españoles exiliados en Argentina, entre ellos quien se considera el primer psicoanalista español formado en Alemania, Ángel Garma (Roudinesco y Plon, 1998), el cual se convertiría en uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) en 1942, un penalista como Jiménez de Asúa, quien creó toda una escuela de Derecho Penal con influencia psicoanalítica y un gran músico como Manuel de Falla.

3. IDEAS CENTRALES DE LAS PONENCIAS Y SÍNTESIS DE LOS TRABAJOS INCLUIDOS EN EL NÚMERO 1 DE LA REVISTA

Del artículo de Teresa Olmos Paz (2017), actual presidenta de la APM, se extrae como ejemplo de la modificación actual de las funciones materna y paterna, los cambios subjetivos en muchos jóvenes que ya no quieren “matar al padre” sino que están preocupados en cómo hacer para que el “padre no muera”, o sea que no desaparezca la función paterna. Por consiguiente, la autora se interroga sobre si podemos seguir sosteniendo sólo el eje de la castración como ordenador de la psicopatología actual o privilegiar los modos de funcionamiento psíquico y los destinos pulsionales.

Además, Olmos de Paz (2017) destaca que, en la práctica, lo específico del análisis es su método y la aplicación del método es inseparable de la instalación de la transferencia, mientras que el encuadre se irá construyendo entre paciente y analista.

Eduardo Braier (2017), psicoanalista argentino residente en Barcelona, incorpora en su artículo la idea de una tercera tópica, nacida de las necesidades clínicas actuales, constituyendo un nuevo paradigma postfreudiano, mientras extiende la existencia de una escisión del yo en muchos más pacientes, y no sólo en los psicóticos y perversos. El autor también sostiene la coexistencia de una estructura narcisista y una edípica, añadiendo a ellas una estructura fraterna.

Un trabajo colectivo de cuatro psicoanalistas: Alicia Montserrat, Elizabeth Palacios, Claudia Schutt y Carmen Monedero (2017), todas ellas pertenecientes al Departamento de Niños y Adolescentes de la APM, reflexiona sobre el proceso de decodificación del uso actual de la realidad virtual por parte de niños y adolescentes y propone el trabajo en red con las instituciones durante el tratamiento de pacientes de esa edad. Las autoras precisan, además, en relación a la actividad psicoterapéutica una traducción más adecuada del griego pathos como sufrimiento y no solo como enfermedad. Explican, desde su experiencia clínica, la generación de actuaciones devastadoras por un exceso de excitación, mientras atribuyen el sentimiento de inexistencia y la falta de pensamientos y de afectos al exceso de vacío interno. Destacan en definitiva la complejidad y los desafíos que plantea la clínica actual de niños y adolescentes en continuo reto con lo virtual.

Mariela Illán (2017), psicoanalista y miembro titular de la APM, se replantea en su artículo el concepto de latencia, poniendo de relieve que la misma implica un trabajo psíquico, para el cual es fundamental la instauración del superyó y la capacidad de sublimar. Considera a la latencia una etapa crucial en la cual se desarrollará un pensamiento propio, al cual los otros no tendrán fácil acceso. Del objeto externo se pasa al objeto interno y este proceso se puede estimular pero

también obstaculizar, por ejemplo, por un exceso de realidad virtual o de erotización de origen externo.

El artículo del psicoanalista murciano, Juan Pablo Maestre (2017) remite a la práctica psicoanalítica tradicional de la década de los '50 y principios de los '60 con las exigencias inexcusables de entonces (diván obligatorio, cuatro sesiones por semana como mínimo) y a las transformaciones que comenzaron a producirse en la década siguiente, la de los años '70, con posterioridad a mayo del '68.

Maestre (2017) encara esta temática a partir del interrogante de su título: Que queda en el quehacer actual del psicoanálisis tradicional, utilizando su propia experiencia y también apelando a aportaciones de autores como Ferenczi, Winnicott, Lacan, Green (Uribarri, 2012) y otros más recientes. Muy acertadamente no vincula aquella ortodoxia con posiciones freudianas y afirma que solo un psicoanálisis capaz de adaptarse a los cambios sociales en el trabajo clínico podrá sobrevivir. También critica a la formación psicoanalítica oficial con sus exigencias draconianas las cuales provocan que la edad media de los candidatos sea de 54 años según estimaciones de Luis Martín Cabré, expresidente de la APM y que la edad media de los que acceden a ser miembros alcance los 63 años como también que muchos aspirantes renuncian, algunos, a ser candidatos y otros, a ser miembros.

La psicoterapeuta zaragozana Elisa Peinado Muñoz (2017) propone bajarnos de nuestros sillones cómodos y seguros para abordar lo imprevisible en la singularidad de cada uno de nuestros pacientes, en particular en los casos límite.

En esa misma sección, se incluyen artículos cuyos autores proceden de instituciones catalanas de gran prestigio como son Gradiva e Ipsis, y el hospital de Llobregat, a través de Silvia Aznar (2017) quien transmite su experiencia hospitalaria de trabajo psicoterapéutico con trastornos graves de la primera infancia, utilizando conceptos de Donald Winnicott, en particular la función de holding, que consiste en el sostenimiento y contención del bebé permitiendo su integración psíquica. Relata el caso de un niño de 2 años de edad, al cual la autora atendió y cuyas vicisitudes ocupan gran parte de su aportación.

María Elena Sanmartino (2017), fundadora de Gradiva, revaloriza a través de su aportación la contratransferencia en la clínica contemporánea, la cual, por cierto, está siendo dejada de lado en los últimos tiempos. Ana Rosa Vidal, Rosa Arriaga, Ana Segura y otros (2017), de Ipsis, se ocupan de los afectos en un caso de psicopatología narcisista, lo cual tiene un enorme interés en virtud de que es precisamente en esos casos en los que el aspecto afectivo está más perturbado.

Pasando a los trabajos de investigación aplicada, nos encontramos con dos trabajos grupales, el primero de ellos sobre neonatología cuyos autores proceden del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza que han trabajado con las unidades de neonatología en un programa de atención continuada que implica al recién nacido, a su familia y a los profesionales intervinientes (Morera, Ayala, Burillo, et al., 2017).

El segundo artículo firmado por Bernat, Díaz y Molas (2017) se ocupa de la ayuda para padres de niños en riesgo de TEA: o sea el trastorno del espectro autista, cuyos autores han trabajado en la red pública de Cataluña que atiende a niños de 0 a 6 años y a sus respectivas familias. El enfoque que adoptan los autores tiene como objetivo la problemática específica, -angustia, interrogantes-

de los padres, estimulando el vínculo recíproco entre ellos, disminuyendo el sentimiento de desamparo y soledad que pueden experimentar.

A continuación, la aportación de Iñaki Marión i Morón (2017), psicólogo español residente en Suiza, en su ponencia titulada Bailando con osos, producto de una experiencia lúdica con niños de entre 3 a 5 años, integra mediaciones corporales con aspectos verbales, incluyendo el dibujo, para lograr la comprensión de fantasías y afectos. En lo fundamental su planteamiento no es diferente a nuestro trabajo con pacientes adolescentes y adultos, cuando logramos en base a la escucha en toda su amplitud de sus asociaciones verbales, la comprensión de sus fundamentos inconscientes y les ayudamos a poder tomar conciencia de su funcionamiento psíquico.

Volviendo a las estimaciones de Luis Martín Cabré (en Maestre, 2017) sobre la edad media cada vez mayor de los candidatos y miembros de la APM, se podría intentar modificar dicha situación extendiendo por ejemplo la función didáctica a todos los miembros de la institución como se llegó a hacer en la APA a partir de los años '70.

En virtud de que Freud no estaba de acuerdo con este requisito obligatorio y teniendo en cuenta que Green (2005) décadas después propondría el encuadre interno como fundamento de la calidad de un analista, se supone que todo miembro aceptado y reconocido por una sociedad psicoanalítica estaría en condiciones de realizar ese análisis, pilar fundamental para la formación del futuro psicoanalista aunque dicho análisis no tenga la connotación de didáctico.

Otra cuestión vinculada a ésta es el sistema de promoción, el pasaje de candidato a miembro asociado por medio de la presentación de un trabajo teórico-clínico y a miembro titular presentando un trabajo de carácter más teórico, todos ellos restringidos a una circulación solo interna.

En la APA de los años 70, el momento de las grandes transformaciones, se había sustituido la promoción a través de un trabajo escrito por un coloquio, mediante el cual se procedería a evaluar la trayectoria psicoanalítica del candidato dentro y fuera de la institución, el trabajo realizado, las aportaciones en distintos foros y la colaboración en las tareas internas y en las de difusión del psicoanálisis.

La idea claramente otorgaba mucho valor a las actividades y a la producción que no fuera solo endogámica o sea no solo vinculada a los límites de la institución sino también a la apertura en otras direcciones. El más reciente ejemplo de esta actitud de implicarse en nuevas realidades es el tema elegido para el último congreso internacional de la IPA que ha sido la intimidad.

La autora de este artículo escribió en colaboración con una psicóloga y política catalana Dolores Renaud un artículo titulado Poder político y narcisismo en la revista Claves de la Razón Práctica en el año 1995. Poco después intervino en un congreso en Barcelona sobre narcisismo en una mesa interdisciplinaria.

En esos momentos, en los que algunas psicoanalistas cuestionaban la fecundación asistida, la autora intervino defendiéndola como un avance científico válido. En 1998, la misma autora publicó un libro Narcisismo a debate, que contenía las principales aportaciones en dicho congreso y el artículo de la misma se denominó Narcisismo, ciencia y sociedad en el cual advertía del peligro del encierro del psicoanálisis en un baluarte narcisista, resistente a la

colaboración interdisciplinaria, recordando la vocación científica con la cual Freud creó el psicoanálisis.

Poco después, la autora se interesó en investigar todo lo referente a una muy poco conocida colaboración de Freud en 1932 con un experto en política internacional y diplomático estadounidense, William Bullitt, sobre la figura del presidente Woodrow Wilson. El resultado de esa investigación en 2005 se publicó en un libro titulado *La fascinación del líder*.

4. FUNDAMENTOS FREUDIANOS

Se puede afirmar que todo psicoanálisis clínico es psicoterapéutico y señalar que las psicoterapias de orientación psicoanalítica comparten sus fundamentos freudianos apelando a una mayor variedad de recursos técnicos. Hoy no se puede definir un tratamiento psicoanalítico por la utilización o no del diván ni por la frecuencia de las sesiones. En definitiva, será la formación lo que Green (2005) denominó el encuadre interno del analista el determinante de la calidad del trabajo realizado y la eficacia del mismo dependerá mucho de la conexión alcanzada con el paciente, el grupo y en general con el objetivo de su tarea.

Como se ha mencionado anteriormente, una cierta ortodoxia rígida que muchos atribuyeron equivocadamente a Freud, no es en absoluto acorde con sus escritos técnicos ni con su gran legado en este sentido que fue su artículo *Construcciones en el análisis*, (Freud, 1937) el cual curiosamente no se incluía en los programas de estudio de los seminarios oficiales en las décadas de los '50 y los '60.

Es muy importante dejar claro que esa ortodoxia fue en realidad postfreudiana, relacionada con el imperio de las posiciones kleinianas en las sociedades psicoanalíticas oficiales de Europa y Latinoamérica, tributarias de las intensas controversias entre Anna Freud y Melanie Klein bajo las bombas que caían sobre Londres en la Segunda Guerra Mundial, a través de las cuales se ponía en juego la supremacía de sus posiciones respectivas en el análisis de niños (Gay, 1989).

El desenlace de esa contienda con el triunfo de los Aliados ingleses y norteamericanos se ha reflejado en la hegemonía anglosajona en el pensamiento psicoanalítico durante las décadas de los años '50 y '60 hasta que comienza, a partir de los años '70 un rescate y revalorización del pensamiento freudiano con epicentro en Francia.

Las aportaciones freudianas tienen que ser contextualizadas, pues en muchas cuestiones la posición de Freud se ha ido modificando. Ha sido muy frecuente extraer frases aisladas solo para sustentar en ellos un determinado discurso, generalmente de otro autor. Es indispensable también la actualización de esos fundamentos y ello supone que no deberíamos limitarnos a la lectura de Freud con un afán memorístico, sino poder ser alcanzados por la pasión que él transmite, puesta en evidencia cuando en una de sus cartas a Fliess, Freud (2008) le confiesa sentirse como un conquistador que va tomando posesión de nuevos territorios desconocidos.

Cuando la pulsión de saber es reemplazada por la idealización del autor de ese saber se suele congelar un conocimiento descontextualizado y como ocurre sobre todo con Lacan se convierte en un mantra identitario.

No todos los trabajos freudianos tienen el mismo valor ni para el propio Freud ni para los

lectores, pues es muy importante para esa valoración tener en cuenta el conjunto de su obra.

También hay que admitir el desgaste de algunas ideas en relación con los cambios históricos y culturales.

Hay quienes privilegian los historiales clínicos y a través de ellos el modo de interpretar de Freud, sin tener en cuenta que todos ellos pertenecen a una primera etapa de su obra. Otros dan preferencia a los escritos técnicos (1912-15), en los cuales Freud deja clara constancia de su modo de trabajo clínico, pero deja abierta la puerta para que otros lo hagan de diferente forma, mientras se mantenga su metodología basada en la asociación libre-atención flotante y la relevancia de los diversos tipos de transferencia.

En uno de sus historiales clínicos, el de El Hombre de los Lobos, Freud (1994) se centra en el análisis de un sueño, el de los lobos que da nombre al historial, pero más adelante recomienda no centrar un tratamiento en el análisis de sueños.

En lo que podemos considerar su legado, seguramente incompleto, reflejado en sus Construcciones en Psicoanálisis, Freud (1937) reduce la importancia de la interpretación a un hecho puntual y en cambio otorga el mayor valor a la construcción conjunta con el analizando de su historia subjetiva que se convertirá en el eje de todo psicoanálisis clínico.

5. DESARROLLOS PSICOANALÍTICOS POSTERIORES

El pensamiento psicoanalítico nacido de Freud tiene una historia posterior con muchos otros nombres, pero no es indispensable conocer a todos ellos. En esa historia intervienen muchos cambios, no solo en cuanto a los nuevos conocimientos científico-tecnológicos (por ejemplo, las neurociencias) sino también respecto a cambios en las relaciones sociales, todos ellos y otros influyendo poderosamente en la subjetividad individual.

La complejidad de todo funcionamiento psíquico exige apelar a la historia del sujeto, pero ésta es inagotable y no se alcanza nunca una certidumbre total. El sistema que constituye el pensamiento psicoanalítico por su complejidad, tal como lo afirma Hornstein (2013), siempre mantiene un alto nivel de incertidumbre.

Prosiguiendo el desarrollo de la obra freudiana, André Green (2005) enfatiza su apuesta por el compromiso afectivo frente a una neutralidad y abstinencia que habían sido llevadas al extremo por muchos analistas. Diferencia también Green la transferencia sobre el objeto analista tan fundamental en los análisis kleinianos de la transferencia sobre la palabra, sobre el pensamiento consciente que concierne, sobre todo, al conocimiento de sí mismo.

Green (2010) subraya la originalidad y singularidad del pensamiento del analista durante la sesión y enfatiza que el mayor riesgo para el psicoanálisis sería la devaluación del estado mental específico que habita el psicoanalista durante su tarea y su pensar. Se trata de lo que Green definió como pensamiento clínico que articula la noción de escucha, atención flotante y contratransferencia, según una concepción enmarcada que se subordina al pensamiento clínico, núcleo dinámico de su pensamiento terciario.

Diferencia el modelo freudiano centrado en el conflicto intrapsíquico de los postfreudianos

que desplazan el foco sobre el objeto como relación objetal o como lazo estructural con el Otro, priorizando la contratransferencia en la corriente anglosajona y el deseo del analista en la lacaniana.

El modelo contemporáneo según Green (2005) propone una nueva síntesis entre lo intra y lo intersubjetivo y el encuadre tiene un rol central al instituir el espacio analítico.

Desde el año 2000, Green (2005) introduce una diversidad de teorizaciones alrededor del pensamiento analítico que apuntan a sostener el carácter psicoanalítico de la práctica con variaciones del encuadre como son las psicoterapias psicoanalíticas, reconocidas por él en toda su complejidad.

Hay diferentes líneas de análisis marcadas por el estilo personal de cada psicoanalista. Ningún análisis será igual a otro y de esta diversidad y complejidad se nutre el pensamiento psicoanalítico en continua renovación que es lo que lo mantiene vivo. Es importante que el analista sea imaginativo frente a sujetos en auto-organización permanente y, a la vez y por ello, muy vitales pero también muy lábiles.

En algún momento, Elisabeth Roudinesco (2000), importante historiadora del psicoanálisis, manifestó una gran inquietud en relación con el apogeo de los medicamentos, en especial, de los antidepresivos. Es precisamente un pensamiento y una práctica en continua renovación, aunque pueda recurrir a los medicamentos como ayuda en algún caso, no podrán ser jamás sustituidos mientras existan sujetos y relaciones intersubjetivas que constituyen la esencia de la experiencia humana.

La realidad social, económica y cultural, como la misma expansión de la demanda psicoanalítica, influyeron decisivamente para introducir diferentes variaciones del encuadre e introducir cada vez más las psicoterapias de orientación psicoanalítica. No se puede tampoco atribuir a M. Klein la responsabilidad única de esa pseudo-ortodoxia de la técnica, sino más bien a la inercia de las instituciones que monopolizaban la formación psicoanalítica.

Precisamente la descentralización de la formación psicoanalítica-psicoterapéutica coincidió en el fin del monopolio de las sociedades psicoanalíticas oficiales y con la extensión de los estudios freudianos a otras instituciones que ofrecen cursos como AAPIPNA. Se puede volver a afirmar que todo psicoanálisis es psicoterapéutico compartiendo con las psicoterapias de orientación psicoanalítica sus fundamentos freudianos como punto de partida y no de llegada o de cierre.

En definitiva, será la formación, lo que Green (2005) denominó el encuadre interno del analista, el determinante de la calidad del trabajo realizado y la eficacia del mismo dependerá mucho de la conexión alcanzada con el paciente, el grupo y en general con el objetivo de su tarea.

El pensamiento psicoanalítico se extiende desde la clínica a prácticamente todas las áreas vinculadas al quehacer humano. Esto está muy claro en la obra de Freud, en la cual se incluyen historiales clínicos junto a trabajos que conciernen a las más diversas facetas creativas del ser humano. El psicoanálisis freudiano no se encerraba en sí mismo, interesándose por la historia, la literatura y por la apertura a todas las cuestiones que afectan la vida humana. Los primeros programas del Instituto Psicoanalítico de Berlín incluían, por ejemplo, el estudio de la historia de las religiones.

REFERENCIAS

- Aznar, S. (2017). Reflexiones sobre el abordaje psicoterapéutico en trastornos graves de la primera Infancia, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 89-93.
- Bernat, A., Díaz, E. y Molas, N. (2017). Grupo de ayuda mutua para padres de niños en riesgo de sufrir TEA en el contexto de un servicio público de atención. Reflexiones tras dos años de trabajo, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 101-107.
- Braier, E. (2017). Psicoanálisis y Psicoterapia psicoanalítica a la luz de una tercera tópica freudiana, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 32-38.
- Elman Schutt, F. (1995). 100 años de Estudios sobre la histeria de S. Freud, *Revista de la Universidad Central de Barcelona*, núm. especial.
- Elman Schutt, F. y Renaud, D. (1995). Poder político y narcisismo, *Claves de Razón Práctica*, 55, 74-76
- Elman Schutt, F. (1998). Psicoanálisis, narcisismo, ciencia y sociedad. En VV AA: *El narcisismo a debate*, 223- 227, Barcelona: Gradiva.
- Elman Schutt, F. (2005). *La fascinación del líder*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1937). Construcciones en el análisis. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. 23, pp. 255-257. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1976). Estudios sobre la histeria. En S. Freud, *Obras Completas* (1893-1895), Vol. 2. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1994). De la historia de una neurosis infantil (caso de El Hombre de los lobos), y otras obras (1917-1919). En S. Freud, *Obras completas*, Vol. 17. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2008). *Cartas a Wilhelm Fliess* (1887-1904). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gay, P. (1989). *Freud, una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Green, A. (2005). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hornstein, L. (2013). *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Illán, M. (2017). La latencia hoy, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 45-50.
- Maestre, J.P. (2017). ¿Qué queda en el quehacer diario actual del psicoanálisis tradicional?, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 11-22.
- Marion i Moron, I. (2017). Bailando con osos. Un grupo terapéutico a mediación para niños de 3 a 5 años, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 101-107.
- Montserrat, A., Palacios, E., Schutt, C. Monedero, C. (2017). La clínica psicoanalítica actual con niños y adolescentes y su complejidad: fallos narcisísticos constitutivos y las nuevas tecnologías en el contexto terapéutico, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 38-45.
- Morer, B., Ayala, B., Burillo, M., Boullon, A., Mancho, A. (2017). Apoyo psicoterapéutico en un servicio hospitalario de Neonatología, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 94-101.
- Muñoz, M. L. (1989). Contribución a la historia del psicoanálisis en España: Formación de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, *Revista de Psicoanálisis de Madrid* (APM), núm. extraordinario, mayo-noviembre, 121-150.
- Ortega y Gasset, J. (1947). *Prólogo a las Obras Completas de S. Freud*. Madrid: Revista de Occidente.
- Rey-Ardid, R. (1968). *Prólogo al Tomo III de las Obras Completas de Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olmos de Paz, M.T. (2017). Una nueva mirada sobre la teoría y la práctica psicoanalítica en la actualidad, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 22-32.
- Peinado, E. (2017). Navegando en el borde del abismo. Ruta por construir.. Camino desconocido..., *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 66-76.

- Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Barcelona: Paidós.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 397-398.
- Sammartino, M.E. (2017). La contratransferencia en la clínica actual, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 76-84.
- Uribarri, F. (2012). André Green. El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 114, 154-173.
- Vezzetti, H. (1991). Freud en langue espagnole, *Revue Internationale d'Histoire de la Psychanalyse*, 4, 189-207.
- Vidal, A.R., Arriaga, M.R., Segura, A., Soetens, F. (2017). Los afectos en un caso de patología narcisista, *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 84-89.



3. ARTÍCULOS

ASPERGERS EN WALL STREET Y EN LA CITY

Ricardo Jarast¹

RESUMEN

En este breve trabajo se describen las diferentes aproximaciones al autismo de Hans Asperger y Leo Kanner. Asperger encontraba en ciertos autistas rasgos positivos o compensatorios que podrían conducir a logros excepcionales en fases posteriores de la vida. Pasaron varias décadas hasta que se recuperó el legado de Asperger y muchos pacientes empezaron a ser mejor diagnosticados y entendidos. La evolución cultural y científica en estas últimas décadas ha permitido que algunos talentos especiales de los pacientes Asperger encuentren su lugar en el mundo laboral. Se distinguen las historias de Michael Burry en Wall Street y de tres analistas cuantitativos en la City Londinense.

PALABRAS CLAVE

Autismo, Asperger, Kanner, Michel Burry, Quant

ABSTRACT

Different approaches to autism of Hans Asperger and Leo Kanner are described in this short work. Asperger found in certain autistic traits positive or compensatory that could lead to exceptional achievements later in life. Several decades passed before the Asperger legacy was recovered and many patients began to have a better diagnosis and understood. The cultural and scientific evolution in recent decades has allowed some special talents of Asperger patients to find their place in the workplace. The stories of Michael Burry on Wall Street and of three quantitative analysts in the City of London are distinguished.

KEYWORDS

Autism, Asperger, Kanner, Michel Bury, Quant

¹Correspondencia: Ricardo Jarast .Calle Asunción, 11, 2º IZQ. 41011, Sevilla.
Teléfono: 658 792 641. E-mail: ricardojarast@hotmail.com

ASPERGERS EN WALL STREET Y EN LA CITY

1. ASPERGER Y KANNER

El autismo fue descrito por Hans Asperger (Viena 1906 –1980) (1944) y Leo Kanner (Klektiv, Ucrania 1896 – Maryland, Estados Unidos 1981) en la década de los cuarenta. Kanner (1943) parecía verlo como un desastre total mientras que Asperger le encontraba ciertos rasgos positivos o compensatorios. Decía Asperger como una particular originalidad de pensamiento y experiencia que bien podría conducir a logros excepcionales en fases posteriores de la vida.

La mayoría de los chicos descritos por Kanner (1943) son retrasados, un porcentaje importante tiene epilepsia y como dice Oliver Sacks (1997), pueden presentar “leves” síntomas neurológicos: una gama de movimientos repetitivos y automáticos como espasmos, tics, balanceo, rotación, jugar con los dedos o dar palmadas; problemas de coordinación y equilibrio.

Puede haber una variedad de respuestas sensoriales anormales y a menudo paradójicas: algunas sensaciones se agudizan y se vuelven intolerables, por ejemplo los ruidos, mientras otras como la percepción del dolor, se amortiguan.

Si hay lenguaje, puede presentarse lo que se llama “déficit semántico-pragmático”: verborrea, cháchara hueca, un discurso estereotipado y lleno de frases hechas.

Además Kanner (1943) planteó la hipótesis de la “madre nevera”. En cambio, los niños descritos por Asperger a menudo son de inteligencia normal o superior y en general tienen pocos problemas neurológicos. Asperger y Kanner enfocaron el autismo clínicamente y proporcionaron descripciones muy completas que han mantenido su vigencia.

En los años setenta, psicólogos cognitivistas británicos se centraron en la estructura mental del autismo de una manera más sistemática (en especial Lorna Wing, 1928-2014 (1971,1976, 1991). Su trabajo plantea que en todos los autistas hay un problema central, una triada de dificultades: en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal y en la actividad lúdica e imaginativa.

Sugieren que los individuos autistas no tienen una noción de las mentes de los demás ni sensibilidad hacia ellas, no tienen “una teoría de la mente”.

En este trabajo se apoya la idea de que Sacks (1997) tiene razón cuando escribe que “ninguna teoría hasta hoy ha conseguido abarcar toda la gama de fenómenos que se observan en el autismo” (p. 303).

2. MICHAEL BURRY

En su perfil de *Match.com*, la red social para encontrar pareja, el Dr. Michael Burry (San José, California 1971) se presentaba como “... un estudiante de medicina con un solo ojo, torpe en las relaciones sociales y una deuda de 145.000 dólares (134.000 euros) en préstamos universitarios”. Así conoció a su segunda esposa. Burry se manejaba bien en las apuestas de riesgo y era perseverante. Este treintañero sin formación financiera hizo historia en el último gran *crash*, creó los seguros de impago de las *hipotecas basura* y se enriqueció con ellas. Es la gran figura de *The Big Short* (Michael Lewis, 2010), el libro sobre la crisis que sirvió de base para la película *La gran apuesta* (Adam McKay, 2015). En esa película su papel lo interpreta Christian Bale.

“Mi estado natural de *outsider* siempre me ha llevado a analizar a cualquier grupo desde fuera”, manifestó Burry en una entrevista de Bloomberg TV (2010). El ojo perdido por un cáncer cuando tenía dos años lo hizo algo retraído. También era muy tenaz. Su carrera en los mercados comenzó como bloguero sobre inversiones por las noches mientras estudiaba Medicina, hasta que dejó su carrera de neurólogo para crear su primer fondo, Scion Capital, con el que daría la gran sorpresa.

“Está claro que lo consiguió porque era muy obsesivo, eran unos productos muy complicados, y el obstáculo que tuvo es que nadie más lo vio, el mercado tardó mucho en hacerlo, así que su inversión tardó en subir y tuvo que soportar mucha presión”, cuenta Jeff Madrick (1947), autor de *Age of Greed: The Triumph of Finance and the Decline of America* (2011). Se encerraba en su oficina, muchas veces no hablaba durante horas con nadie y para descargar la tensión tocaba la batería. Burry estudió docenas de prospectos de 130 páginas sobre cada bono ligado a hipotecas.

Ahí observó que se habían dado créditos de alto riesgo, que muchas familias empezaban a sufrir para pagarlos y que eso era una bomba de relojería.

Si bien en 1998 los psiquiatras le habían diagnosticado un trastorno bipolar, no era un paciente bipolar. Se dio cuenta que padecía el síndrome de Asperger cuando se lo diagnosticaron a su hijo.

Su perspicacia y constancia le permitió dedicar tantas horas a un estudio pormenorizado de los síntomas alarmantes del mercado.

En la película se ve que cuando sus clientes asustados por sus ideas y su proceder, su ir contracorriente, lo amenazan legalmente porque creen que les va a hacer perder su dinero, uno de ellos le dice: “¿eres sarcástico Michael, eres sarcástico con nosotros?”. Burry les dice enfadado: “¿Sarcástico?” “Yo no sé qué es eso”.

Un Asperger no es sarcástico, no sabe mentir, no entiende el doble sentido en el uso del lenguaje. Otros intuyeron el tsunami financiero en ciernes, pero Burry inventó un recurso para sacarle partido. Inventó una forma de apostar contra el *crash* de las *hipotecas basura*. “Ponerse corto”, en la jerga financiera significa: tomar prestado un valor que se cree sobrevalorado, venderlo alto, comprarlo cuando baja, devolver el activo y apuntarse las plusvalías.

En ese momento el problema era que no había forma de “ponerse corto” con las *subprime* (hipotecas de alto riesgo), porque los bonos respaldados por este tipo de créditos tóxicos suponían tramos muy pequeños, difíciles de encontrar y de tomar prestados. Así que Burry pensó en seguros de impago (CDS), pero ajustados exclusivamente a esos créditos *subprime*, algo que no existía. El fundador de Scion convenció al Deutsche Bank y a Goldman Sachs, bancos de inversión, de que los emitieran y se los vendieran.

Cuando la crisis estalló, la inversión se multiplicó y Scion ganó cerca de 1.000 millones de dólares.

Luego Burry cerró ese Fondo y se dedicó a sus finanzas personales. Estaba harto de los inversores.

Intentó contactar con el gobierno varias veces para que lo entrevistaran y tratar de descubrir por qué él sabía que el Sistema iba a colapsar y el gobierno, no.

Nadie contestó a sus llamadas pero fue investigado cuatro veces por el FBI.

En 2010 trascendió su apuesta por las tierras agrícolas. El agua estaba detrás de esta inversión. “Vi claro que la comida es la manera de invertir en agua, cultivar alimentos en tierra rica en agua y transportarla a tierra pobre en agua”, dijo (Amanda Mars, *El País*, 24 de enero de 2016).

3. QUANTS EN LA CITY

Según uno de los “Quants” más famosos, el Dr. en Física Emanuel Derman (2007) (Sudáfrica 1945), profesor de la Universidad de Columbia, los Quants son profesionales que usan técnicas cuantitativas, matemáticas, estadística y programación para modelar el valor de instrumentos financieros. Un Quant debe saber programar muy bien y debe también tener habilidades para poder comunicar los resultados de sus modelos matemáticos a otros profesionales que no necesariamente tengan un gran conocimiento de las matemáticas. Entre 1985 y 2002 trabajó en Goldman Sachs. En su autobiografía *My Life as a Quant* (2007), Derman escribe: “En Física uno compite con Dios. En el mundo de las finanzas, con sus criaturas”.

¿Cómo es que estos matemáticos llegaron a trabajar en la industria financiera? La gran mayoría estudiaron un doctorado en Física o Matemáticas puras y después entraron en el mundo de las finanzas. Para obtener un trabajo como Quant debieron pasar una serie de entrevistas. Durante las entrevistas, los Quants ponen a prueba los conocimientos matemáticos y de finanzas del candidato. Es un proceso de selección difícil pero así los mismos Quants se aseguran de mantener un equipo de gente inteligente, preparada y dispuesta a seguir aprendiendo y contribuir a la industria financiera de manera innovadora.

Joris Luyendijk (Amsterdam, 1971), estudió árabe y antropología en las universidades de Amsterdam y El Cairo. Durante cinco años fue corresponsal de varios periódicos holandeses en Medio Oriente. Pese a su ignorancia sobre el mundo de las finanzas, *The Guardian* le encargó en el año 2011 que investigara las interioridades de la City londinense. Así nació *Entre tiburones* (Luyendijk, 2015).

Para Luyendijk (2015) los banqueros eran unos tiburones que urdían siniestras intrigas en un mundo ajeno al nuestro. Equipado con los instrumentos de las Ciencias Sociales y un olfato de Sherlock Holmes, se zambulló en las peligrosas aguas del dinero. Durante dos años conversó con ejecutivos y secretarias, con entusiastas y escépticos, con triunfadores y derrotados. Interrogó a agentes de bolsa, especuladores, informáticos, contables, relaciones públicas. En definitiva más de 200 personas que anónimamente rompieron el código de silencio para sacar a la luz las entrañas del monstruo.

En el Capítulo 7, “Islas en la niebla”, Luyendijk (2015) reflexiona:

Si los grandes bancos de inversión se tomaron en serio la necesidad de modificar sus hábitos de funcionamiento, como aseguraban estar haciendo desde la crisis ¿Era posible que los máximos directivos tuvieran un control suficiente de la organización como para hacer posible esos cambios? La conversación con muchos interlocutores llevaba a la cuestión de la complejidad y profundidad de los cambios que el “análisis cuantitativo” había introducido en el mundo de las finanzas en las últimas décadas (p. 114).

En las oficinas de Control de Riesgo y Regulaciones, los analistas cuantitativos construyen o

gestionan los modelos que sus bancos usan para calcular y neutralizar los riesgos. Con una exigente formación académica, esos genios inventaron una serie de productos que jugaron un papel central en la crisis.

Luyendijk destaca especialmente tres casos (p. 114):

- Caso 1:

El primero trabajaba en “negociaciones de alta frecuencia” para un Fondo de Inversión de alto riesgo. Se encontraron en un café. Tenía unos 35 años y llevaba camiseta y tejanos (en su trabajo como programador informático nunca tenía que verse con clientes).

“Los movimientos de las acciones en la Bolsa son como las olas. Nuestra compañía es como un surfista que trata de encontrar una ola, subirse un momento a ella y bajarse antes de que la ola se rompa” (p. 114), le dijo. En un día standard sus ordenadores compraban y vendían la misma acción miles de veces, manteniéndola por muy breves períodos, a veces por unas milésimas de segundo. Siempre le habían encantado las Matemáticas. Le atraían “su precisión y su belleza: una solución es correcta o falsa. De modo que es realmente muy irónico que haya terminado en esta área de las Matemáticas donde todo son correlaciones y aproximaciones. Imagínese la suerte que he tenido. ¿Qué habría podido hacer 100 años atrás con mi talento para las Matemáticas? Éste es el mejor momento de la Historia para tener este talento, y yo lo tengo. La negociación de alta frecuencia no es algo que antes hacían los seres humanos y de lo que ahora se encargan los ordenadores. Ningún ser humano, individualmente o en grupo, puede hacer el volumen de operaciones que los ordenadores están haciendo en las bolsas de todo el mundo. Se trata de algo completamente nuevo”.

- Caso 2:

El segundo Quant rondaba los 50 años. Vestía de manera discreta y se reunió con Luyendijk a almorzar. Se había pasado más de 10 años en un banco de inversión importante antes de trabajar para una compañía de informática financiera.

Cuando Luyendijk le pidió que le describiera su trabajo, respondió simplemente “Quant”. Le preguntó entonces si le podría dar una idea de las diferencias que podía haber entre un analista cuantitativo y alguien como él, Luyendijk. “Si miro por la ventana y veo 3 barcos que van por un río, inmediatamente voy a calcular lo que van a hacer para evitar una colisión, cuál pasará al lado de cuál, cuándo y dónde”.

Los años que había pasado en el parqué financiero no habían sido felices. “No tengo suficiente mala leche para salir adelante en este medio. Para quienes pensamos que vivir rodeado de gente ya es suficientemente difícil, la necesidad de establecer contactos con colegas es un infierno”.

Después de terminar su doctorado trabajó en el Gran Colisionador de Hadrones del CERN de Ginebra: “Muchas de las personas que conocí allí siguen trabajando en universidades, dedicándose a la investigación y tratando de obtener cátedras y becas. Trabajan las mismas largas horas que yo, pero cobran muchísimo menos. Desde el punto de vista puramente científico, el trabajo que hacen es en realidad muy interesante. A menudo digo que “he vendido mi alma al diablo”. Contando los bonus, ganó un poco más de 200.000 libras anuales”.

Pensaba que había “sacrificado un matrimonio en el altar del trabajo” y unos pocos años atrás se había visto en la necesidad de consultar a un psiquiatra. En el momento de la entrevista estaba tomando una dosis alta de medicación diaria para intentar estabilizarse. Dijo que padecía un leve síndrome de Asperger, que no se lo habían diagnosticado hasta la edad adulta. “Me cuesta mucho desconectar. Es muy tentador seguir en un mundo donde todo puede ser entendido con el lenguaje matemático”.

- Caso 3:

Luyendijk se encontró con el tercer Quant en un Starbucks. Un hombre se le acercó de manera brusca: “Hemos quedado para vernos ¿no? Mire, yo hablo muy rápido y tengo un poco de Asperger. Eso implica que no se me da bien eso de entender expresiones faciales y otras formas de comunicación no verbal. Si hay algo que no entiende, me lo tiene que decir, ¿de acuerdo?”. Luyendijk se quedó un momento sin saber qué decir y asintió con la cabeza, haciendo con ello precisamente lo que le había advertido que no hiciera. Sólo entonces Luyendijk le dijo verbalmente que sí, que le había entendido.

Tenía unos 30 años, era hijo de unos emigrantes asiáticos de pocos recursos e insistió en que el traje que llevaba puesto ese día era el único que tenía. Le contó que gracias a su facilidad para las Matemáticas había conseguido una beca para estudiar en una de las mejores escuelas privadas del país, y, poco después, una plaza en una de las universidades más importantes. Sin modestia hizo una lista de sus excelentes aptitudes. Después de unos años en un banco de inversiones, en ese momento trabajaba como estratega de inversiones en una compañía financiera más pequeña, dando consejos a los inversores sobre el “panorama general”.

“Uno aprende a ser humilde en este trabajo”, le dijo. Le contó que, tiempo atrás, una compañía había publicado un informe muy bueno y en la quinta página aparecía lo siguiente: “Quien recorte esta página y nos la envíe recibirá 50 libras”. Acabaron pagando solamente 250.000 libras (es decir 5.000 respuestas. En la City trabajan 330.000 personas). Los inversores se ven inundados de información cada día y, al parecer, pocos clientes habían llegado a la página quinta del informe. “¿Voy muy deprisa?”, le preguntó de repente a Luyendijk. De inmediato siguió disparando observaciones, cada una de ellas formulada con tanta precisión que el periodista apenas podía seguirle y tomar notas en su cuaderno. Básicamente, dijo, se pasaba todo el día trabajando. “Siempre leyendo cosas. Mi mujer se vuelve loca, pero me sigue queriendo. Me encanta mi trabajo porque de lo que se trata es de entender cómo funciona el mundo y también de ayudar a otros a entenderlo. No hay nada más entretenido que eso”.

Cuando trabajaba para el banco su sueldo era de alrededor de 500.000 libras anuales, pero había decidido dejarlo y ganar menos dinero. El problema, dijo, es que los bancos ganan dinero a base de optimismo. Estaba convencido de que después de la crisis de 2008 no se había hecho ningún cambio estructural en el sector, sino que todo el mundo estaba aceptando nuevas deudas para pagar las anteriores. Se había vuelto pesimista, y eso era un problema para un banco: “Si les dices a los inversores que la economía va mal, pondrán su dinero en algo tan seguro y fiable como una cuenta corriente. Es complicado cobrar comisiones para gestionar dinero en efectivo, y también es más difícil convencer a los inversores para que compren productos que comportan riesgos”. Por eso no se arrepentía de haber dejado ese empleo. Creía que en los bancos “... 3 de cada 4 promociones se deben a los contactos que uno tenga, no a

la calidad del trabajo. Yo soy terrible para hacer contactos: puedo hablar frente a un grupo de personas, pero me siento muy incómodo dentro de uno. Estoy en ello, pero todavía me resulta difícil mantener una conversación trivial”.

Todos los analistas con Asperger decían lo mismo: la gente como nosotros no sobrevive en la banca de inversiones. Sin embargo para los que no tienen Asperger, el mundo de las finanzas está a sus pies.

4. CONCLUSIONES

Para finalizar cabría añadir dos conclusiones: 1) Como dice el Asperger en relación al caso de Luyendijk (2015): "¿Qué habría podido hacer 100 años atrás con mi talento para las Matemáticas?"; 2) Junto con esta conclusión, una dificultad. Estos tres analistas con Asperger le decían a Luyendijk lo mismo: la gente como nosotros no sobrevive en la banca de inversiones. Sin embargo para los que no tienen Asperger, el mundo de las finanzas está a sus pies.

REFERENCIAS

- Asperger, H. (1944). Autistic Psychopathy in Childhood. En Uta Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome*. Nueva York: Cambridge University Press, 1991.
- Bloomberg TV: (2010). *Burry Says No One's Accepting Blame for Financial Crisis*, 7 de septiembre.
- Derman, E. (2007). *My Life as a Quant*. Nueva Jersey: John Wiley & Sons.
- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact, *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Lewis, M. (2010). *The Big Short*. Nueva York: W. W. Norton & Company.
- Luyendijk, J. (2015). *Entre tiburones. Una temporada en el infierno de las finanzas*. Barcelona: Malpaso Ediciones, 2016.
- Madrick, J. (2011). *Age of Greed: The Triumph of Finance and the Decline of America*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
- Mars, A. (2016). La nueva apuesta de Michael Burry, *El País*, 24 de enero.
- McKay, A. (2015). *La gran apuesta*, Paramount Pictures.
- Sacks, O. (1997). *Un antropólogo en Marte*. Anagrama: Barcelona.
- Wing, L. (1991). "The Relationship between Asperger's Syndrome and Kanner's Autism". En Uta Frith, ed., *Autism and Asperger Syndrome*, Nueva York: Cambridge University Press.
- Wing, L. (1976). *Early Childhood Autism: Clinical, Educational and Social Aspects*. Oxford: Pergamon Press.
- Wing, L. (1971). *Autistic Children: a Guide for Parents*. Nueva York: Kensington Publishing Corp, 1998.

DEBAJO DE LOS SÍNTOMAS DEL TDHA

Tatiana Simal Galindo¹, Tina Sota Leiva, Estibaliz Pérez Fernández de Landa, Kristina Pérez Arrieta y Amaya Ajona Barandalla

RESUMEN

Tras los síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad de la infancia y adolescencia existen multitud de formas de malestar psíquico y otros posibles diagnósticos clínicos. Tras recordar con unas pinceladas la psicología evolutiva del niño, se realizará una revisión del llamado TDHA y posteriormente se presentarán distintas viñetas clínicas de niños y adolescentes que fueron remitidos para su valoración en la consulta ambulatoria de salud mental infanto-juvenil dentro del ámbito público. Todos ellos cumplían criterios suficientes para TDHA, sin embargo, el estudio en profundidad de cada caso teniendo en cuenta aspectos del psicoanálisis permitió llegar a otras conclusiones que revirtieron en abordajes terapéuticos diferentes. Un diagnóstico cuidadoso y completo es necesario a la hora de poder abordar los problemas del ámbito atencional y del movimiento-impulsividad, hoy en día el motivo de derivación más frecuente en las unidades de salud mental infanto-juvenil.

PALABRAS CLAVE

TDHA, niños y adolescentes, revisión, diagnóstico, abordaje terapéutico.

ABSTRACT

Underneath ADHD symptoms in childhood and adolescence there are plenty of different types of mental suffering and other possible diagnoses. After looking briefly at some aspects of child development, a review of the so-called ADHD will be done. Then, some clinical cases will be shown, all of which were referred to the public outpatient mental health services for child and adolescents. Although all of these cases met ADHD criteria, the in-depth study of each of them, taking into account aspects from psychoanalysis, let us come to other conclusions leading to different therapeutic approaches. A through and comprehensive diagnosis is required to tackle and treat the attention and movement-impulsivity symptoms, which are the most prevalent issues referred to child and adolescents mental health services nowadays.

KEYWORDS

ADHD, child and adolescents, review, diagnosis, treatment.

¹ Correspondencia: Tatiana Simal Galindo. Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández, Paseo Sagasta 56. 50006, Zaragoza. Teléfono: 976 25 80 42. E-mail: tsimal@salud.aragon.es

DEBAJO DE LOS SÍNTOMAS DEL TDHA

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años la demanda más frecuente en las consultas de salud mental infanto-juvenil es el llamado trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA).

Se estima que la prevalencia pediátrica actual va de un 5 a un 8% existiendo un pico en la edad escolar y siendo más frecuente en varones (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, 2008).

Incluso en algunas Comunidades Autónomas es habitual que los niños remitidos a salud mental ya hayan iniciado tratamientos farmacológicos desde pediatría y atención primaria, neuropediatría o bien otros servicios psiquiátricos.

No podemos olvidar el contexto social de nuestro siglo donde la preponderancia de lo narcisista, lo inmediato y lo individual influyen ante la tarea de valorar al niño o adolescente en su unicidad (Trechera, 1996).

2. LA PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO DEL NIÑO: LO INNATO Y EL AMBIENTE AL SERVICIO DEL CRECIMIENTO

El niño nace con una programación innata para su desarrollo: de los 2 a los 6 años la proliferación de la mielinización encefálica permite aumentar la velocidad y complejidad del pensamiento así como la memoria y la reflexión. Por otra parte, la maduración de la corteza prefrontal permite se regule la atención, cesen los berrinches así como el llanto o risa incontrolable, el sueño se torna más regular y las emociones tienen más matices y son más reactivas.

Para los 3-4 años hay adelantos en el desarrollo de la corteza prefrontal, según Posner y Rothbart, por lo que es más probable el control de los impulsos, el cese de la perseverancia y, por lo tanto, es más posible la educación formal (Berger, 2007a).

Además, también el sistema límbico (amígdala, hipocampo, hipotálamo, hormonas del estrés) está en desarrollo. Es el encargado de la expresión y regulación de las emociones y se va a conectar con la corteza prefrontal.

Es a través de la relación del niño con los adultos que lo innato se expresará de una forma u otra. La participación guiada desde el adulto dándole andamiaje, unido a los deseos e intereses del niño, motiva el aprendizaje.

Según los estudios de Vygotsky (1978) los niños aprenden porque los mayores les guían: presentando desafíos, ofreciendo ayuda -sin encargarse de todo- proporcionando instrucción y estimulando la motivación (Berger, 2007b).

En caso de que el estrés durante el primer año de vida y primera infancia inunde el sistema límbico se destruirán neuronas del hipocampo por lo que aparecerán déficits permanentes en aprendizaje y memoria (Berger, 2007a). De ahí que la paraexcitación por las figuras adultas principales del niño sea fundamental en esta etapa de la vida.

Si todo va bien, para el inicio de la latencia (6 -7 años) se han tenido que alcanzar ciertos hitos que permiten al niño:

- Un equilibrio entre pensamiento y acción: puede pensar antes de actuar e interrumpir su acción porque es la hora de hacer otra.
- Aparece cierta lógica aunque limitada.
- Un equilibrio entre lo afectivo y lo intelectual: la representación de la ausencia, esto es; el niño puede estar solo sin el adulto.
- Abandonar el egocentrismo para pasar a entender la perspectiva del otro iniciándose la moralidad.
- Un nivel aprendizaje de la canalización o regulación de las emociones para lo cual el tiempo de juego y el modelado parental habrán sido básicos.
- Una buena capacidad de concentración para los 9-10 años.

CONSIDERACIONES ALREDEDOR DEL TDHA: HISTORIA, DEFINICIÓN, CLASIFICACIONES Y MODELOS EXPLICATIVOS ETIOPATOGÉNICOS

Desde el S.XX los problemas de inquietud motora, dificultad para atender y tendencia a la impulsividad han sido objeto de atención por la psiquiatría infantil siendo denominado trastorno de inestabilidad motriz/ lesión o disfunción cerebral mínima. A raíz del DSM-IV-TR el diagnóstico denominado TDHA como agrupación de síntomas se extiende y pasa a considerarse enfermedad.

Las definiciones más usadas son las realizadas por dos de las clasificaciones de los trastornos mentales: el DSM IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, 1997) - Figura 1- y el CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades. 10ª Revisión, 1993).

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el TDAH*	
Inatención (al menos 6 durante 6 meses)	<ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo no presta atención en los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar u otras actividades 2. A menudo tiene dificultad para la atención sostenida en tareas y juegos 3. A menudo no parece escuchar cuando le están hablando directamente 4. A menudo no sigue las instrucciones o no consigue terminar los deberes, obligaciones... 5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades 6. A menudo evita, rechaza tareas que requieren un esfuerzo mental continuado 7. A menudo pierde cosas necesarias para tareas o actividades 8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos externos 9. A menudo es olvidadizo en sus tareas diarias
Hiperactividad-impulsividad (al menos 6 durante 6 meses)	<p>A. Hiperactividad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo presenta inquietud con sus manos o pies o se revuelve en el asiento 2. A menudo se levanta de la silla en clase o en otras situaciones en las que debería permanecer sentado 3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas 4. A menudo tiene dificultad para jugar o realizar actividades de ocio con tranquilidad 5. A menudo está excitado o "va como una moto" 6. A menudo habla excesivamente <p>B. Impulsividad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. A menudo responde antes que la pregunta haya sido finalizada 8. A menudo tiene dificultad para aguardar turno en juego o situaciones de grupo 9. A menudo interrumpe o interfiere a los demás (conversaciones, juegos...)
<p>Puede cumplir solo el apartado de inatención o solo el apartado de hiperactividad-impulsividad. Además:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Alguno de los síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaba presente antes de los siete años b. Los síntomas crean dificultades en dos o más situaciones (escuela, casa...) c. Afectan significativamente al funcionamiento social, escolar o laboral d. Los síntomas no ocurren durante el curso de una esquizofrenia, o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental <p>Además, se debe cumplir que:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. El inicio del trastorno no es posterior a los siete años b. Los criterios deben cumplirse en más de una situación c. Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral d. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad 	

Figura 1. Criterios diagnósticos del TDAH según el DSM IV TR.

Para CIE-10 (1993) el TDAH es llamado trastorno hiperactivo, los criterios son más estrictos que los del DSM IV TR: 6 ó + criterios de inatención y 3 ó + criterios de hiperactividad y 1 ó + de impulsividad, siendo el inicio de los mismos generalmente antes de los 5 años.

En cuanto al reciente DSM-V (2013): el inicio de síntomas se amplía a antes de los 12 años en lugar de los 7, se incluye el diagnóstico de comorbilidad del TDAH con el espectro autista y se limita a 5 el número de síntomas en la edad adulta en vez de los 6 para la infancia. Por otra parte, se incluye el TDHA dentro del capítulo de “Trastornos del neurodesarrollo” siguiéndose un modelo biologicista.

3.1. PROCESOS EXPLICATIVOS ETIOPATOGÉNICOS

No se ha establecido una patogénesis clara pero sí es multicausal, puesto que intervienen diferentes factores (Rutter, Bishop, Pine et al., 1976):

- Genéticos: algunos estudios defienden hasta un 77% de causa genética, determinando la predisposición pero no la presencia.
- Alteraciones neuroquímicas en la neurotransmisión de dopamina, noradrenalina y serotonina.
- Ambientales: exposición intraútero a alcohol, tabaco, prematuridad, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal, institucionalización, patología psiquiátrica familiar, adversidad psicosocial.

Principalmente se establecen dos líneas etiopatogénicas (Avellón, 2013):

- Modelo fisiológico-biológico:
 - Se da entidad de enfermedad a un síndrome (grupo de síntomas).
 - Destaca la naturaleza neurobiológica: déficit de la neurotransmisión a nivel prefrontal, maduración retardada cerebral, menor volumen cortical de ciertas áreas e hiperfunción de ciertas áreas cerebrales con hipofunción de otras.
 - Se establece un tratamiento farmacológico necesariamente.
 - La coexistencia de problemas psicológicos es frecuente, hasta un 60%, denominándose comorbilidad.
- Modelo psicopatológico ó bio-psico-social:
 - Se trataría de un conjunto de síntomas reactivos a diferentes factores y a diferentes organizaciones de la personalidad que expresan un sufrimiento en el niño.
 - Se plantea descubrir si el sufrimiento es intrasubjetivo o intersubjetivo.
 - Se considera que el abordaje farmacológico podría cubrir rápidamente los síntomas y se mantendría el sufrimiento subyacente.
 - Los factores psicológicos tendrían peso etiológico y serían subsidiarios de múltiples abordajes psicoterapéuticos.

4. VIÑETAS CLÍNICAS: LA NECESIDAD DE LA ESCUCHA MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS

A partir de las reflexiones de Beatriz Janin sobre *Niños hiperactivos e inatentos* (2007) y siguiendo el modelo etiopatogénico biopsicosocial se van a ilustrar las vivencias de varios niños y adolescentes atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría infanto juvenil en el ámbito público.

Mariano es un niño de 9 años de tez oscura, delgado, con ojos grandes que entra por primera

vez en la consulta con una familiaridad que llama la atención. Le han encontrado hablando solo dirigiéndose a otra persona y se tapa los oídos estando solo en su habitación. No atiende ni rinde al nivel de sus compañeros, es muy inquieto y tiene caídas habitualmente. En el despacho se me sienta encima y no puede mantenerse de forma tranquila dibujando, no tolera bien la frustración, sus cambios de humor son destacables y tiene miedo a la hora de dormir. Presenta agresividad sin motivo aparente pudiendo morder o patear, otras veces parece que “desconecta” y se queda absorto un rato sin responder a lo que se le habla. Ha presentado soliloquios “*te voy a matar*”... mientras daba fuerte sobre la tierra con una azada. En clase, mientras los demás están en silencio, grita “*callaos, dejadme en paz*”. Ha llegado a decir cosas como “*yo me mataré con un cuchillo antes de llegar a viejo...*”. De su dibujo espontáneo (figura 2) dice “*es una persona de 100 años... está muerta...*”. Destaca la transparencia del corazón, el cual aparece magullado. La impresión diagnóstica fue de Psicosis Infantil. En este niño, la confusión fantasía-realidad, las alucinaciones auditivas y la desorganización del pensamiento impedirían orientar la atención a algo externo.



Figura 2. Dibujo espontáneo infantil

Iván tiene 13 años, en su historia previa los padres refieren que era un bebé intranquilo, “*era una lucha ponerle el pañal*”. Muy inquieto desde que comenzó a caminar, con 13 meses. Con 2 años comenzó en el colegio, “*el primer día se lió a golpes*”. Le costó hablar, comenzó sobre los 3 años. Tardó también en controlar esfínteres. Había acudido a sus 6 años a la unidad por retraso general en habilidades motoras, verbales y sociales, estableciéndose un diagnóstico de alteración mixta del comportamiento y de las emociones. Repetía dibujos con temática agresiva

oral y anal: animales prehistóricos, monstruos con pinzas, pinchos y dientes, de tamaño desproporcionadamente grande respecto a la figura humana, personas enrejadas o en gran desventaja respecto a los monstruos, culos... No podía pasar a la aceptación de normas, tenía rasgos de omnipotencia, a veces presentó neologismos y escritura en espejo. Con 7 años pegó a un profesor y en una ocasión persiguió con un hacha a unos niños que le habían tirado globos de agua. De siempre descrito como despistado. Presentaba episodios de inquietud motora y malestar considerables que no asociaba a nada externo.

En su exploración y relato actual: Entra sin saludar y deja la puerta abierta, escasamente me mira, se tumba y bosteza sobre la mesa. No hay demanda por su parte. Mantiene distancia afectiva, con restricción en sus afectos. No hay adecuado manejo de frustraciones, con un pobre control de impulsos, no acepta límites en la escuela, tampoco en casa (cuenta que llega a dar golpes y cabezazos contra la pared y también ha llegado a autolesionarse de forma superficial con desconexión emocional). No tiene amigos, no puede describirse a sí mismo, utiliza proyecciones continuamente y casi no reconoce dificultades propias. Sin embargo, juega a las damas e incluso compite en ello con bastante éxito. Relata proyectos futuros que toma prestados directamente del padre, no habiendo una diferenciación entre ambos.

En el test desiderativo eligió ser un águila *“porque es el depredador, a él no le cazan... podría volar, es muy rápido y tiene muy buena vista”*. En su primera catexia negativa: *“un pollo, porque se comen y te matan después de estar encerrado y enjaulado”* frase que recuerda a los dibujos repetitivos que realizaba de pequeño mostrando ansiedades persecutorias.

Impresión diagnóstica: organización límite de la personalidad.

¿Cómo atender al aprendizaje si se está inundado de fantasías agresivas y cómo frenar la impulsividad si no se han podido construir límites internos y no se ha introyectado la norma?

Pablo es un niño de 4 años de raza negra, de aspecto jovial, con cráneo grande, puente nasal ancho y fenotipo peculiar. Su contacto visual es de breve duración y su nivel de inquietud es elevada. No tiene juego simbólico, observa juguetes, los manipula, tira al suelo, buscando hacer ruido, se le ve que disfruta de esa manera, con los sonidos, por lo que se podría pensar que su juego corresponde a la etapa de los dos primeros años, donde prepondera lo sensorio-motriz. No se mantiene con ningún juego. La exploración del espacio se hace a veces peligrosa porque no mide qué toca ni qué hace: coge la lámpara de pie, lanza una silla... Manipulación torpe y mala coordinación. Habla sin intención comunicativa, sólo repite algunas frases diferidamente: *“leche desnatada, caliente hamburguesa...”*. No le gusta masticar y prefiere líquidos. El colegio refiere lentitud en los aprendizajes escolares y todavía no dibuja. Le cuesta responder a su nombre y parece que no escucha.

Impresión diagnóstica: Trastorno del espectro autista.

¿Cómo atender a lo exterior: percepciones, afectos si su interés está únicamente focalizado en sensaciones o hay un repliegue interno?

Antonio es un chico de 10 años que es distraído y también desafiante con iguales y profesores... se le diagnosticó de TDHA y se comenzó con estimulante, sin encontrarse respuesta adecuada al mismo.

A la exploración presenta macrocefalia y cierta peculiaridad craneal, aparentando su edad. Tiene gesto de disgusto. Discurso fluido, múltiples quejas de todo su entorno, lo primero que dice es un “*no...no puedo*”...Negativo y afecto entristecido, pide ir al baño y se echa a llorar allí: “*se meten conmigo, me llaman raro...*”. Tiene dificultades de concentración, duerme mal necesita todavía un punto de luz. Dice “*lejos de la familia no me encuentro bien...*”. A raíz de ir a colonias comienza con vómitos y pierde 2 kg en 5 días. Autoimagen negativa. Ha dejado de hacer cosas que le gustan.

Impresión diagnóstica: Trastorno de ansiedad por separación.

Si no ha habido vínculos afectivos seguros precoces, no será posible el proceso de autonomía que supone ir alejándose de los padres y afrontar el reto del crecimiento, se entendería así su retraimiento respecto al mundo exterior.

Aitor es un adolescente de 15 años remitido por bajos rendimientos, dice su madre que “*no pone atención más que para quedar con los amigos, está ausente en clase, pasa de todo, su estado cambia de un polo a otro rápidamente*”. Anteriormente fue diagnosticado de TDHA.

Está con sobrepeso, casi no levanta la vista de la mesa, se expresa con frases cortas, suda profusamente, no es capaz de imaginarse su futuro, afirma fuma porros “*para tranquilizarse*” desde hace 3 años. Tiene cierta conciencia de descontrol con respecto al consumo de tóxicos.

Impresión diagnóstica: Síndrome amotivacional en relación a abuso de cannabis y posible trastorno de ansiedad/depresivo subyacente.

Jorge es un niño de 5 años remitido por problemas de conducta; no para quieto en ningún sitio, no se concentra, no hace caso y su madre dice que está todo el día enfadado; ha llegado a correr detrás de ella con una escoba para pegarla. La madre pide con vehemencia una medicación. Nacido en el extranjero, se trasladaron a España cuando tenía dos años. Su padre trabaja fuera, sólo está en casa los fines de semana. La madre se encuentra deprimida: no se acostumbra a vivir fuera de su país, echa en falta a su familia, no refiere apoyo por parte de su pareja...y tampoco quiere ayuda profesional. Jorge está siempre pegado a ella, lo consigue de todas las formas posibles.

Impresión diagnóstica: trastorno adaptativo con alteración del comportamiento.

Un niño prefiere a una madre que reacciona -aunque sea agresivamente- a una madre “dormida” o ausente. Se recordará el experimento en lactantes del rostro inmóvil o Still Face de E. Tronik en 1975 en el que los lactantes ante la cara arreactiva de su madre entraban en un estado de angustia buscando con todos sus medios rescatar a la madre para su vuelta a la situación previa de conexión emocional entre ambos.

Álvaro es un adolescente de 16 años que ha estado tomando tratamiento con psicoestimulantes durante un tiempo por un diagnóstico de déficit de atención subtipo inatento. Tenía problemas atencionales de larga evolución. Durante su seguimiento y tratamiento sale a la luz que su padre le ha maltratado físicamente a su madre y a él durante años. La madre denuncia finalmente.

Impresión diagnóstica: trastorno reactivo a violencia intrafamiliar.

¿Cómo atender si existe un estado de alerta constante...como esperando una nueva agresión...?

Juan es un niño de 6 años con debut diabético precoz, es remitido por problemas de inquietud y disruptividad en el aula.

Sobre la aparición de la diabetes la familia (madre y abuelo) expresan que “se lo han provocado los médicos... su hijo sólo tenía un mareo y salió diabético del hospital”. No hay filtro en las de ansiedades de los adultos “sabemos que le puede pasar algo en cualquier momento, ya se lo decimos... mi hermana sufrió un coma diabético y sabemos lo que es...”. No han puesto límites por ser un niño enfermo, tiene la casa llena de juguetes. En la misma consulta la madre si le ve sudoroso saca rápidamente una tira reactiva para pincharle y ver cómo tiene la glucemia, me dicen que a veces no se deja pinchar...

No puede quedarse a solas en la consulta sin su madre. Expresa múltiples preocupaciones en cuanto a enfermarse en cualquier momento: no para de moverse y casi no puede permanecer en una actividad lúdica, no hace caso, no atiende. Dibuja libremente la furgoneta de *Rayo Mc Queen* (figura 3), quizá en un intento de huir de su angustia a la carrera, busca una madre- continente que le contenga y proteja, sin ruedas aunque con faros. Impresión diagnóstica: Trastorno de ansiedad generalizada y familia en funcionamiento paranoide.

Hay niños que se sacuden la angustia moviéndose (Janin, 2004).



Figura 3. Dibujo espontáneo infantil

DISCUSIÓN

Las reflexiones de este artículo surgen a partir de nuestra experiencia clínica en psiquiatría infanto-juvenil ante niños y adolescentes etiquetados como TDHA.

Estas viñetas muestran que muchos trastornos psicológicos y psiquiátricos -además de niños inmersos en determinadas situaciones socio-familiares- comparten síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad. Una exploración en profundidad teniendo en cuenta la estructura psíquica la dinámica familiar y el entorno, permitió excluir el diagnóstico de TDHA a favor de

otros muy diversos. Un tratamiento farmacológico precoz con estimulantes hubiera podido ser peligroso y contraproducente. “Incluso en los casos de un tratamiento farmacológico asociado a la psicoterapia, con fines sobre todo sintomáticos, es necesaria una estimación de las repercusiones que el tratamiento tiene sobre la estructura de la personalidad del niño” (Palacio et Dufour, 1994, p.11).

Según el Informe de OSTEBA: Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el TDHA: “En atención especializada de Salud Mental Infanto-juvenil de la Comunidad Autónoma del País Vasco, de un total de 400 casos de niños y adolescentes, se confirmó el diagnóstico de TDHA puro únicamente en un 24% de los casos derivados desde atención primaria por esta sospecha” (Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas, 2009, p. 67).

Por otra parte, en ese mismo estudio, se analizaron diversas guías clínicas y protocolos de actuación en el TDHA. Algunas guías no cumplieron puntuaciones suficientes de calidad en su proceso de realización y, sin embargo, es extendido su uso. En cambio, entre otras, las guías NICE (National Institute for Clinical Excellence) sí demostraron estándares de calidad (alcance y objetivo, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia editorial). Por lo tanto, en caso de diagnóstico de TDHA “puro” esta guía serviría de cara a una orientación tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Según la guía NICE (2008) sobre TDHA en niños, jóvenes y adultos:

- El diagnóstico requiere :

1. Cumplir criterios DSM-IV y CIE-10.
2. Entrevista detallada con los padres: historia familiar de enfermedades y trastornos psíquicos, valoración del funcionamiento socio-familiar (modelos de comunicación, estilos de crianza, conflictos conyugales, estrés, violencia familiar).
3. Examen físico del niño e historia de desarrollo. Descarte de patología médica: hierro, tiroides, evaluación física. La derivación desde Atención Primaria/pediatría debería incluir el inicio de los síntomas y la severidad de los síntomas así como las áreas vitales que resultan afectadas por esos síntomas.
4. Evaluación psicopatológica individualizada del niño para realizar un correcto diagnóstico diferencial.
5. Desde su centro escolar: datos sobre su historia curricular y de aprendizaje para descartar trastornos del aprendizaje, habla y déficit en capacidades. Pueden ser concomitantes (hasta en un 45%), pero no formarían parte del TDHA y son subsidiarios de abordaje en el mismo centro educativo.
6. Escalas y cuestionarios específicos como otro elemento informativo más.

En cuanto al tratamiento:

1. Sería diferente según edades y severidad.
2. La terapia conductual y farmacológica es lo más efectivo.
3. En el pronóstico a los 8 años no hay diferencias entre las diferentes terapias, sí estaría más mediado por factores psicosociales: coeficiente intelectual, situaciones desfavorables familiares, nivel de funcionamiento previo y problemas conductuales previos.
4. En menores de 5-6 años no está autorizado el tratamiento farmacológico puesto que la

corteza prefrontal está inmadura.

5. El tratamiento medicamentoso en escolares y adolescentes está indicado cuando existe un deterioro:
 - Moderado y si: grupos de parenting o terapia psicológica individual o grupal no han sido eficaces o rechazan la terapia o no es suficiente para la reducción sintomática.
 - Severo: de primera línea, pero siempre como parte de un tratamiento completo (intervenciones psicológicas, comportamentales y educativas).
6. Posteriormente al inicio del tratamiento farmacológico:
 - Si es eficaz; revisión anual de la necesidad de continuar con el tratamiento.
 - Si no es eficaz: retirada y replanteamiento del caso.

Sobre el uso de tratamiento farmacológico, se hace imprescindible una visión crítica de la literatura científica existente por las tendencias actuales hacia la sobremedicalización (Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas, 2009; Whitaker & Cosgrove, 2015). Incluso para la medicina basada en la evidencia, las modificaciones del DSM V en cuanto al inicio de síntomas es algo controvertido y consideran que existen limitaciones por provenir este establecimiento de criterios de estudios realizados en un marco de atención psiquiátrica en vez de atención primaria, así como la falta de datos que apoyen un número concreto de ítems en cada criterio. Queremos resaltar asimismo que por una parte, la respuesta positiva a medicación estimulante no puede ser usada para confirmar o desechar el diagnóstico de TDHA (Rapoport, Buchsbaum, Zahn, Weingartner, Ludlow, Mikkelsen, 1978). En segundo lugar; el niño está en continuo crecimiento, por lo que la discontinuación anual del fármaco está recomendada y se podría realizar preferiblemente en el primer o segundo trimestre escolar, valorándose entonces la necesidad de continuar o no con él (Cantó, 2012) y, finalmente; que las dosis mayores de 60 ml. al día de estimulante tipo metilfenidato no son recomendables puesto que no hay estudios que examinen sus efectos a largo plazo (Saiz, 2013).

En nuestra práctica clínica para la exploración del niño o adolescente, nos apoyamos en la clínica psicoanalítica desde la posición de escucha a partir de las actividades que le son propias al niño (juego, dibujo, etc.) de cara a poder atender tanto a los síntomas clínicos como a las características de la estructura de su aparato psíquico, pensando así al niño en su unicidad para posibilitar un abordaje terapéutico a su medida (Blinder, Knobel, Siquier et al., 2008).

Klein, una de las pioneras del psicoanálisis con niños, sostuvo a lo largo de su prolongado trabajo con niños que el juego era el camino principal para el acceso al inconsciente infantil, equiparando así el juego del niño con la asociación libre del adulto en análisis. El juego tendría por lo tanto la función de lenguaje del niño (Arnoux, 2000). En otros casos es la analista que presta la palabra para la verbalización de la fantasía. Esto posibilita la construcción y la interpretación y, por lo tanto, el proceso analítico (Garma, 1992).

Consideramos el espacio analítico como un espacio potencial, una zona de juego intermedia entre paciente y analista: “La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas” (Winnicott, 1971, p.61).

Por otra parte, el dibujo infantil y las técnicas proyectivas enriquecen las posibilidades del psicodiagnóstico permitiendo acceder al mundo interno del niño (Siquier, García Arzeno y Grassano, 1987).

6. CONCLUSIONES

Hemos querido mostrar una parte de la diversidad de diagnósticos y problemáticas diferentes del entorno que subyacen a los síntomas catalogados como TDHA en niños y adolescentes, para manifestar la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo desde una mirada amplia y crítica contemplando la teoría psicoanalítica como punto clave de dicho proceso. La visión desde la perspectiva psicoanalítica en el trabajo con menores, ayuda a este respecto permitiendo llegar al núcleo del malestar psíquico sin caer en enfoques simplistas y reduccionistas que conducirían a tratamientos precoces, erróneos e incluso contraindicados. Entendemos que el trabajo psicoterapéutico sería la primera línea de tratamiento en la mayoría de los casos y siempre como coadyuvante al tratamiento farmacológico, compartiendo así nuestra visión con guías de demostrada calidad como la guía inglesa NICE (2008). Por último, consideramos que el trabajo en red entre escuela, pediatría, unidades de salud mental infanto-juvenil y neuropsiquiatría, es fundamental para llegar a un adecuado diagnóstico y tratamiento multimodal que aborde la complejidad de cada niño o adolescente y su familia.

REFERENCIAS

- Avellón, M. (2013). Psicoanálisis y TDAH: el origen de la hiperactividad y los problemas de atención en las vivencias primeras, *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente de SEPYPNA*, 56, 17-24.
- Arnoux, D.J. (2000). *Melanie Klein, Vida y pensamiento psicoanalítico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1997). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5ª Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Berger, K. S. (2007a). Los años del juego: el desarrollo biosocial. En K.S. Berger (Ed.). *Psicología del desarrollo Infancia y Adolescencia*, (pp.230-232). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Berger, K. S. (2007b). Vigotsky: los niños como aprendices. En K.S. Berger (Ed.) *Psicología del -desarrollo Infancia y Adolescencia*, (pp.257-261). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Blinder, C., Knobel, J. y Siquier M^aL., (2008). *Clínica psicoanalítica con niños*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cantó, T.J. (2012, noviembre). *Individualización del tratamiento en TDHA*. Ponencia incluida en el III Instituto de Psicofarmacología del niño y adolescente. Madrid.
- Garma, B. (1992). *Niños en análisis*. Buenos Aires: ediciones Kargieman.
- Janin, B. (2002). *Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 33/34, 149-171.
- Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduca.
- Lasa-Zulueta, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 5-81.
- Lasa-Zulueta, A. y Jorquera-Cuevas, C. (2009). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Bilbao: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.
- Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA, 2007/09, Recuperado el 21 de noviembre de 2010, de http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/e_10_09_trast_hiper.pdf
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008). Trastorno de hiperactividad e inatención: diagnóstico y manejo del TDHA en niños, jóvenes y adultos (*Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in Children, young people and adults*). Recuperado el 15 de febrero de 2011, de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72/evidence/full-guideline-pdf-241963165>.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades mentales y trastornos del comportamiento CIE-10*. Madrid: Panamericana.
- Palacio, F. et Dufour, R. (1994). *Diagnostico structural chez l' enfant* (Diagnóstico estructural en el niño). España: Herder.
- Rapoport, J.L., Buchsbaum, M.S, Zahn T.P., Weingartner, H., Ludlow, C., & Mikkelsen, E.J .

- (1978). *Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys*. Science, 199(4328), 560-563.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J. et al. (1976). *Disorders of attention and activity*. In M. Rutter (Ed.), *Rutter's child and adolescent psychiatry*, (pp. 526-530). (5th Ed.) Australia: Blackwell publishing.
- Saiz, L.C. (2013). Atentos al déficit de atención (TDHA). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva, *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*, 21(5), 7-8.
- Siquier, M. L., García, M. E., Grassano, E. et al. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Trechera, J.L. (1996). *¿Qué es el narcisismo?* Bilbao: Desclée de Brouwer. (2ªEd).
- Villero, S., Abellán, C., Cruz, M., Jiménez, A.M. (2010). *Guía práctica de diagnóstico y manejo clínico del TDAH en niños y adolescentes para profesionales*. Recuperado el 28 de septiembre de 2010, de <http://www.seypna.com/documentos-y-publicaciones/documentos/2010-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/>
- Whitaker, R. & Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry under the influence*. New York: Palgrave Mac Millan.
- Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. (11ªed), 2008.

EMBARAZO ADOLESCENTE EN SITUACIÓN DE ABUSO - EL LADO OSCURO DE LAS NUEVE LUNAS

Roberta Gorischnik¹; Patricia Miotto; Valentín Mareman; Graciela Franck

Roberta Gorischnik, Trabajo realizado en la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria. UNER Universidad Nacional de Entre Ríos.

RESUMEN

A fin de analizar y deconstruir la concepción de familia, se presenta un caso que incluye en la complejidad del análisis un embarazo adolescente en situación de abuso. En la modernidad, donde surge la institución "familia nuclear", el espacio de lo familiar había sido reconocido como un espacio que pertenece a la intimidad y los comportamientos violentos se llegan a legitimar como herramientas útiles para educar, mantener el control, o como mecanismo válido para resolver sus conflictos. Consideramos que este fenómeno social, el abuso sexual intrafamiliar, permite visibilizar la violencia dentro de la familia nuclear, ésta ha sido considerada como "funcional" porque reforzaba los roles de poder y relaciones jerárquicas y de fuerza que se dan en la misma, así como en algunos casos se legitiman patrones de crianza violentos, como parte del proceso educativo de niños y niñas.

PALABRAS CLAVE

Familia; Familia nuclear; Embarazo; Adolescencia; Violencia intrafamiliar

ABSTRACT

In order to analyze and deconstruct the conception of family, a case is presented that includes the complexity of the analysis of adolescence pregnancy under an abuse situation. Nowadays, where the "nuclear family" institution arises, the space of the family had been recognized as an space that belongs to privacy and violent behaviors come to be legitimized as useful tools to educate, maintain control, or as a valid mechanism to solve their conflicts. It is considered that this social phenomenon, intrafamiliar sexual abuse, allows to visualize the violence within the nuclear family. This has been considered as "Functional" because it reinforced the roles of power and relationships hierarchical and strength that occur in it, as well as in some cases legitimize violent parenting patterns, as part of the educational process of boys and girls.

KEYWORDS

Family; Nuclear family; Pregnancy; Adolescence; Domestic violence EMBARAZO ADOLESCENTE EN SITUACIÓN DE ABUSO. EL LADO OSCURO DE LAS NUEVE LUNAS "Somos culpables de muchos errores y faltas, pero nuestro mayor delito es abandonar a los niños..."

¹ Correspondencia: Roberta Gorischnik. Instituto de Psicología y Psicoanálisis del Litoral. San Martín 646 Concepción del Uruguay. Entre Ríos. Argentina Email: robertagoris@gmail.com

EMBARAZO ADOLESCENTE EN SITUACIÓN DE ABUSO. EL LADO OSCURO DE LAS NUEVE LUNAS

*“Somos culpables de muchos errores y faltas,
pero nuestro mayor delito es abandonar a los niños...
Muchas cosas pueden esperar. El niño NO.
Ahora es el momento en que sus huesos se forman,
su sangre se constituye y sus sentidos se desarrollan...
No le podemos contestar mañana,
su nombre es HOY...”
Gabriela Mistral*

1. ¿LA FAMILIA O LAS FAMILIAS?

Catalina Wainerman (2003) nos habla de nuevas formas de "vivir en familia". Pensar en términos de crisis de esta institución, no sería la de la familia en cuanto tal, sino la crisis de una determinada manera de concebirla, como modelo que se denomina "familia moderna": matrimonio monógamo y heterosexual, número de hijos reducido y división sexual de los roles: el hombre como proveedor y la mujer como ama de casa y madre.

La familia nuclear (madre, padre, hijos) coexiste con distintas configuraciones familiares que se van visibilizando de manera significativa en las últimas décadas. Lo que nos marca el pasaje de “la familia” a “las familias” pensadas a partir de la lógica de la diversidad. Este modo de concebir las relaciones vinculares nos permite ir más allá de la diferencia, pensando ya no en términos de definir por lo que el otro no es sino contemplando la multiplicidad de posibilidades que pueden existir entre una familia y otra, concibiendo la idea de familia como organización abierta, incompleta y transformable en una relación dialógica entre familia, sujeto y cultura en un contexto histórico particular.

Desde la medicina social y comunitaria, tratando de integrar las dimensiones y perspectivas con el fin de conceptualizar nuestro objeto de estudio definimos la familia como un grupo social primario cuyos integrantes están unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio y sus interacciones biológicas, psicológicas y sociales los afectan e instituyen .

1.1. LA FAMILIA: CAMINO HISTÓRICO - TEMPORAL

El sociólogo argentino Antonio Donini, (2005) entiende a la familia “como un grupo de personas unidas y que se ocupan de la crianza y educación de sus hijos, de acuerdo con las tradiciones y normas de su cultura” (en Guerrini, 2009, p.1).

Otra conceptualización de familia a la que adherimos es la de la Dra. en Sociología Catalina Wainerman (2002) que plantea a la familia como una unidad que rige los aspectos axiológicos de la conducta, la elaboración de los sentidos y significados sociales y la intensidad de los lazos primarios.

La familia es el primero y más importante agente de transmisión de valores éticos y sociales, hábitos, costumbres, normas, roles, relaciones y expectativas tendientes a “preservar” la herencia

cultural para las generaciones venideras. Hasta el momento, ninguna otra institución humana o social ha logrado suplir el funcionamiento de la familia, sobre todo en la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas de los individuos. La familia cambia y continuará cambiando, pero también persistirá, ya que es la unidad humana más adecuada en las actuales sociedades. Como tal, la familia es la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros, y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que responde.

Para su análisis tenemos en cuenta tres aspectos de especial consideración destacados a continuación.

1.2. LA FAMILIA COMO UNA INSTITUCIÓN SOCIAL

La familia, como institución social, es una creación social y cultural cuyo origen es impreciso. Si bien son serias y muy estudiadas algunas posiciones que al respecto han desarrollado autores como Strauss-Levi, Melford y Gough (1956), muchas de las ideas que en el pasado se sostuvieron con fuerza están siendo cuestionadas en la actualidad. Por ejemplo, la existencia del matriarcado (Lerner, 1992), la promiscuidad sexual como forma primaria del matrimonio y el matrimonio grupal son planteamientos que se han debilitado a la luz de las últimas investigaciones (Donini, 2005). Las únicas estructuras familiares que han existido históricamente y con cierta frecuencia, son la poliginia y la monogamia. La primera, que es un tipo de poligamia, consiste en el matrimonio de un hombre con dos o más mujeres y en América Latina ha sido práctica común entre los pueblos indígenas. Por ejemplo, entre los diaguitas del noroeste de Argentina, el hombre casado con la hermana mayor, pasaba a ser el esposo de todas sus hermanas. La poliginia, subsiste en la actualidad en muchas culturas, pero nunca ha sido para todos los miembros de la sociedad pues está asociada al estatus y al prestigio social. Por su parte, la monogamia, que es una institución social basada en el matrimonio de una mujer y de un hombre, es una de las únicas formas de matrimonio universalmente aceptada en prácticamente todas las sociedades conocidas, debido entre otros, a que con ella se resuelven más fácilmente problemas sociales y legales además de que satisface con mayor proporción que otros sistemas, las necesidades afectivas y sexuales de ambos cónyuges (Donini, 2005).

1.3. LA FAMILIA EN CONSTANTE TRANSFORMACIÓN

El carácter social y cultural de la familia le confiere un permanente movimiento y por tanto no es estática, recibe influencias de todas las esferas de la sociedad (económica, social, cultural y política) y de ahí que los cambios en cualquiera de estas esferas también influyen en su movimiento. Esto equivale a decir que la familia no ha sido siempre tal cual y como la conocemos hoy en día pues está en permanente evolución sin que ello, de ninguna manera, signifique la aceptación de las teorías evolucionistas pues, históricamente, han coexistido prácticas de diferente naturaleza (por ejemplo, la monogamia ha coexistido con la poligamia).

1.4. LA FAMILIA CUMPLE UN PAPEL EN LA SOCIALIZACIÓN

La familia, al igual que otras instituciones sociales (la religión, la educación, los medios de comunicación de masas), son instituyentes de subjetividad. Es decir, contribuye con el proceso por las cuales las personas, miembros de una sociedad comparten los cánones establecidos por la misma. A este proceso se le denomina socialización y la familia es, por excelencia, la

institución primaria de socialización. Es en este espacio, en el que las personas aprenden, en primera instancia, lo permitido y lo prohibido, lo adecuado y lo inadecuado, los roles que debemos jugar según seamos mujeres u hombres y en general, el lugar y el comportamiento que la sociedad espera de cada una de las personas. Pero, en particular, es la principal transmisora de significados. El ser humano no está dotado de manera natural, de la forma en que debe percibir las relaciones causales sino que más bien es el medio social el que condiciona sus formas de percibir, de pensar y comunicarse. En este sentido, la familia cumple un papel fundamental en la producción y reproducción de significados.

En todos los casos se debe tener en cuenta según Catalina Wainerman y Geldstein (1994) a la familia de interacción, porque desempeña un importante rol en la existencia de cualquier sujeto. Familia de interacción comprende al “grupo social relacionado por vínculos de parentesco y obligaciones recíprocas, que reside en viviendas diversas” (Wainerman y Geldstein, 1994, p. 205).

2. EMBARAZO ADOLESCENTE: CONTEXTO

Las tasas de fertilidad adolescente en la región de América Latina y el Caribe no han descendido en la misma proporción que las de a nivel global. De hecho, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas prevé que serán las más altas del mundo y se mantendrán estables entre 2020 y 2100. Las niñas que quedan embarazadas antes de los 18 años rara vez pueden ejercer sus derechos a la educación, la salud, la protección y un nivel de vida adecuado. Pierden su niñez, asumen obligaciones de adultas y no siempre disfrutan de todos sus beneficios (UNICEF, 2014; Meneghello Rivera, 1985).

Cada año en la Argentina cerca de 120.000 chicas menores de 20 años tienen hijos. Para los chicos y chicas adolescentes tener un hijo representa un cambio de vida muy grande, incluso para toda su familia. Muchas veces dejan de estudiar y tienen que asumir otras responsabilidades. Además suele ser diferente la manera en que impacta el embarazo en la vida de una mujer, que el modo en que lo hace en la vida de un varón. No solo porque el embarazo se desarrolla en el cuerpo de las mujeres sino también por las desigualdades que en nuestra cultura parece natural, pero que no lo son y hacen que a menudo recaiga en la mujer la mayor parte del cuidado de los hijos.

La adolescencia, es una etapa particular que está comprendida entre los 12 a 19 años de edad, la transición de la adolescencia a la vida adulta es difícil y compleja. La adolescencia es una etapa en formación que presenta algunas modalidades de socialización propias de esta etapa. Algunas pueden ser consideradas como negativas en el camino que los adolescentes recorren en busca de su identidad. Así se convierten en factores de riesgo que pueden motivar cambios en esta etapa de la vida, al participar ellos en actividades que pueden comprometer su salud física y mental. Estas conductas son de carácter exploratorio por influencia de sus pares o del entorno en que viven.

Una de las principales razones por las que el embarazo y la maternidad adolescentes han sido considerados como un problema social es que, en la mayoría de los casos, la situación de embarazo-maternidad puede impedir o al menos dificultar la trayectoria escolar de las/los adolescentes, especialmente de las mujeres, y en general afectar su proyecto de vida. Así, esta situación puede, a su vez, desembocar en problemas de desarrollo profesional e inserción laboral, lo que va asociado a la reproducción de la pobreza, al no ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y otros factores, como la falta de expectativas, frustración y desmotivación (Flores

y Soto , 2006; Rico y Trucco, 2014).

Asimismo, el impacto del embarazo en adolescentes afecta el potencial de desarrollo, autonomía, participación y ciudadanía de las personas jóvenes (FCI y Flacso, 2011).

La evidencia acumulada en estos temas ha contribuido al desarrollo de un consenso político, regional y global, para incorporar la maternidad/paternidad temprana en la agenda de las políticas públicas y tomar medidas para prevenir el embarazo y la fertilidad adolescentes, incluyendo políticas de salud sexual y salud reproductiva (educación sexual, acceso a servicios integrales, planificación familiar). El consenso también hace hincapié en que las políticas y programas sobre el embarazo en la adolescencia deben implementarse sin coacción y con pleno respeto a los derechos de los propios adolescentes.

Susana Torrado (2003) marca una diferencia entre los estudios europeos y los de países como la Argentina: refiriéndose al período económico social que se inicia en el 76 y culmina en los 90, precipitándose a la crisis de principios del siglo XXI, afirma:

Entre los excluidos, la pérdida de protecciones sociales favorece diversas formas de fractura del tejido familiar que, perversamente, refuerzan el proceso de pauperización de quienes ya eran vulnerables antes de la ruptura... El resultado es que, entre nosotros, el interrogante acerca del futuro de la familia asume una enunciación diferente a la de los países avanzados. Se trata de inteligir, no ya si la organización familiar será apta para producir la fuerza de trabajo que requiera la acumulación capitalista, sino más bien si esta última será capaz de compatibilizar algún mecanismo que vuelva a incluir a los vastos contingentes de población (es decir de familias) que demandan (hoy, pacíficamente; quizás no así mañana) ser aceptados en el 'banquete de la vida' (Torrado, 2003, p. 12).

3. NORITA: EL LADO OSCURO DE LAS NUEVE LUNAS

Según Susana Velázquez (2012), constituye un real problema de salud pública la violencia interfamiliar por cuanto altera la vida de la familia afectada, la misma no es un problema circunstancial ni estrictamente privado, afecta a una sociedad, afirma. En la noción de violencia de género se enmascara la ejercida contra las mujeres, principales destinatarias dentro y fuera de la familia (Velázquez, 2012).

El abuso sexual infantil es considerado como una violación a los derechos humanos de las personas menores de edad, por afectar directamente el derecho de todo niño, niña y adolescente a vivir libre de maltrato. Sin embargo, a pesar de su reconocimiento como una de las principales formas de violencia hacia las personas menores de 18 años, el abuso sexual sigue siendo uno de los delitos que más se comete en todas las latitudes (Palacios, 2008; Pereda, 2009).

Las condiciones de vida de la mayoría de las familias del barrio de Norita están marcadas por una situación de precariedad y empobrecimiento económico que limita las posibilidades de acceso a recursos y a elevar la calidad de vida de sus integrantes.

La familia de Norita que, como otras familias marcadas por la violencia, pobreza, con limitado acceso a la educación, salud y vivienda digna, promueve condiciones precarias. En algunos casos caracterizadas por el hacinamiento y la promiscuidad Desde temprana edad las niñas asumen el rol de madres de sus hermanos/as pequeños ya que su madre debe trabajar dejándolos solos o recomendados con la vecina.

Muchas de estas familias reproducen la violencia al interior de sus hogares, siendo las niñas y niños los más afectados, ya que estos patrones de comportamiento son aprendidos y perpetuados de generación en generación. Además existen patrones culturales que incentivan la violencia por la vía del castigo físico y la sociedad tolera comportamientos de este tipo para “educar bien a los hijos e hijas”.

3.1. NORITA

Ese día, después de dos horas de espera desde el horario de su turno, Norita es atendida. A la consulta viene con su mamá, quien se visualiza desprolija, abandonada, 27 años de edad (que parecían varios más), la dentadura incompleta.

Norita, es una niña-adolescente de 12 años, la mayor de sus 4 hermanos. Todos hijos de su madre de dos padres diferentes, al papá de Norita lo había echado la mamá cuando quedó embarazada del hermano que le seguía a Norita.

La madre era una mujer con carácter, colaboradora e imponía respeto. Norita tenía un hermano de 10 años, Arturo, de su padre Raúl y de su madre Teresa, tres hermanos más, hijos de Lisandro, dos varones, Carlitos de 8 y Jorge de 6 años, más una niña, Claudia de 1 año y tanto, que en algunas ocasiones venía a la consulta porque aún Teresa le daba la teta.

A Raúl, su primer pareja de 38 años, la madre lo había echado cuando quedó embarazada del segundo hijo (Arturo) porque lo había encontrado con una vecina y luego conformó una nueva pareja con Lisandro de 26 años, del que logró separarse después de tener a la última niña, Teresa lo describe como “borracho y malo”, debido a varias situaciones de violencia contra sí y sus hijos. Junto a este grupo familiar además convive el abuelo materno de Norita, de 56 años, quien padece de diabetes tipo 2, con mal control clínico y metabólico (por no realizar el tratamiento adecuadamente ni la dieta) quien sufre de cataratas bilateral y requiere ayuda en sus tareas habituales, muchas de las cuales interviene Norita “por ser mujer”.

La mamá consultaba porque Norita había bajado el rendimiento en la escuela, las maestras la habían notificado debido a que ella era una nena muy aplicada, ”buenita”, pero de un tiempo al momento de la consulta parecía otra alumna, ella en la casa no lo notaba.

En el Sistema de Apoyo Interdisciplinario Educativo (SAIE) no tenían turno y que por eso iba al hospital a la Psicopedagoga porque en la escuela insistían, es decir que la derivación partía de una necesidad de la escuela.

Cuando se entrevista a Norita, se percibe algo diferente a un simple retraimiento escolar, desatención por atender cuestiones propias de los cambios a esa edad adolescente, que son corrientes de ver. En verdad se identifica a una niña sumamente triste, temblorosa, de mirada esquiva, de pocas palabras, brazos cruzados y cuerpo hacia adelante.

Se le solicitó que dibuje una figura humana cualquiera (Test Proyectivo de la figura humana), hizo un dibujo muy pobre y lo que llamó poderosamente la atención, fue el tiempo que le concedió al punto que hizo y remarco como si fuera un ombligo, se quedó allí dando vuelta el lápiz con la mirada perdida, se le preguntó si quería decir algo al respecto y no emitió sonido.

No pasaron muchas sesiones y Norita dice algo así como, “no está bien lo que estoy haciendo, yo no quiero pero no puedo...” cuando se le pregunta a que se refiere, que es lo que no quiere hacer pero no puede?, manifiesta llorando que algo sentía en la panza que se movía, en el asombro, se la mira detenidamente, se le pide que se ponga de pie y se le observa una pancita que no era común, abiertamente la psicopedagoga le pregunta si tenía novio, responde que no, se le ofrece decir algo más y terminó la sesión.

Con asombro y angustia, la profesional tratante recurre a Berta (psicóloga), la jefa del servicio y le relata el caso, pidió ver la posibilidad de una interconsulta con el ginecólogo, previa sesión con la mamá y Norita a modo de saber si estaban de acuerdo de hacerlo, por la edad de la niña-adolescente y los cambios hormonales.

La consulta fue realizada, el ginecólogo dice no observar nada raro, ni siquiera la revisó, y le informa a la profesional tratante que “dejara de ver fantasmas...”

Las sesiones continuaron desarrollándose a partir de trabajar su desinterés en la escuela que cada vez era peor, hubieron varias sesiones con la mamá, recolectando datos de cómo era la cotidianidad del hogar, sabiendo cuales eran las tareas de Norita en la casa siendo la mayor de tres varones que la seguían (uno de ellos discapacitado) y una bebé, además de su abuelo, por lo que Norita debe colaborar, relatos que la mamá refiere con una actitud muy rígida exhibiendo como que ella tenía todo controlado. No participan en actividades sociales y Norita no tiene amigas. Su mamá refiere que solo se tienen a sí mismos y se “defienden” en familia.

Un día llama la maestra de la escuela que concurría Norita para preguntar si la profesional tratante no había observado nada raro porque se había descompuesto en la escuela, y le habían notado una “panza extraña” que antes ella no tenía, cuando le desabrocharon el saco porque se había transpirado toda.

Alertada nuevamente, la profesional vuelve a insistir con el equipo de salud y solicita, ya en otros términos otra consulta con otro ginecólogo, lo cual confirmó la sospecha, la niña estaba embarazada de 6 meses.

Más tarde se supo que fue violada por el hermano de la mamá, Silvio, que hacía unos años venía abusando de Norita reiteradamente, como este hermano era menor de edad, un adolescente (con todas sus capacidades mentales) de aproximadamente 16 años, la mamá trató de minimizar la cosa, no quiso hacer denuncia, ninguneo a los profesionales, saco la niña de la escuela por ese año, con un certificado médico que consiguió.

Dirección Departamental de Escuelas más allá del detallado informe de la psicopedagoga interviniente, dio la anuencia a que esto se permitiera.

Para cerrar, un detalle muy importante, la madre al enterarse manifiesta que entre su hija y su hermano (tío de Norita) se llevaban tan pocos años que parecían primos, legitimando la práctica desde el lugar familiar, aceptación pasiva, naturalizando esta situación.



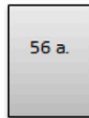
Figura 1. Imagen de adolescente embarazada del Blog Violencia Infantil.

3.2. GENOGRAMA DE NORITA

El genograma es un instrumento de registro que permite sintetizar información vital, como antecedentes familiares, aspectos demográficos, topología de la familia, etapa del ciclo vital y algunos acontecimientos importantes como fallecimientos, situaciones laborales como también aspectos relacionales, información sobre otros miembros de la familia que no asisten a la consulta y en los cuales puede ser necesaria una intervención sanitaria. Los pacientes suelen mostrarse receptivos cuando se realiza una entrevista para efectuar el genograma y este es un buen momento para investigar aspectos psico sociales relacionados con su problema. En atención familiar, realizar un genograma con varios miembros de la familia puede ser útil para que los distintos integrantes comprendan las implicaciones familiares del problema del paciente, amplíen la información obtenida y accedan a colaborar con las modificaciones que puedan proponerse en el entorno familiar. Finalmente es útil para detectar problemas relacionales ocultos que puedan estar afectando la situación de salud del paciente identificado (Hidalgo y Carrasco, 1999)



Paciente Índice: Norita (P.I.N.) Mujer, niña de 12 años de edad, hija de Teresa Y de Padre Raúl.



Varón: Nicanor, 56 años. Abuelo (A)
Nivel de educación Primaria incompleta.
Cuenta con una pensión graciable por discapacidad
Diabético (DBT)
Padre de: Teresa 27 años (madre de Norita) y de
Silvio 16 años (Tío de Norita, padre de su futuro hijo).
Queda a cuidado de Norita debido a su discapacidad visual



Mujer: Teresa de 27 años, Madre (M) de Norita.
Y de 4 hijos más.
Nivel de educación: Primaria completa.
Ocupación: empleada doméstica.



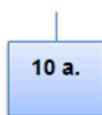
Varón: Silvio 16 años. Primaria incompleta.
Hijo de Nicanor
Hermano de Teresa
Tío de Norita.



Varón: Lisandro. 26 años. Ex pareja de Teresa. Padre (P) de niño de 8, 6 y 1 años (Hermanos de Norita por parte de madre)
Nivel de educación: Primaria incompleta.
Ex convicto.
Desocupada



Embarazo de 6 meses de gestación de Niña de 12 años, (Norita) producto de la Violación por parte de su tío Silvio de 16 años



Hijo: Arturo de 10 años.
Nivel educativo, Cuarto grado de nivel primario.
Hijo de Teresa y de Raúl.
Hermano de Norita por parte de madre.



Hijo: Carlitos de 8 años.
Nivel educativo, Segundo grado nivel primario.
Hijo de Teresa y de Lisandro.
Hermano de Norita por parte de madre.



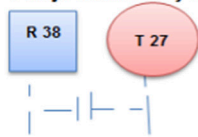
Hijo: Jorge de 6 años. Con capacidades diferentes. (Síndrome de Down).
Hijo de Teresa y de Lisandro.
Queda a cargo de Norita en horarios de trabajo de su madre.
Hermano de Norita por parte de madre



Hija: Claudia. 1 año
Hijo de Teresa y de Lisandro.
Queda a cargo de Norita en horarios de trabajo de su madre.
Hermana de Norita por parte de madre.

~~~~~ Relaciones familiares pobre o conflictivo.  
 -|- Apartados o separados

1° Pareja no casada y separación conflictiva



2° Pareja no casada y separación conflictiva

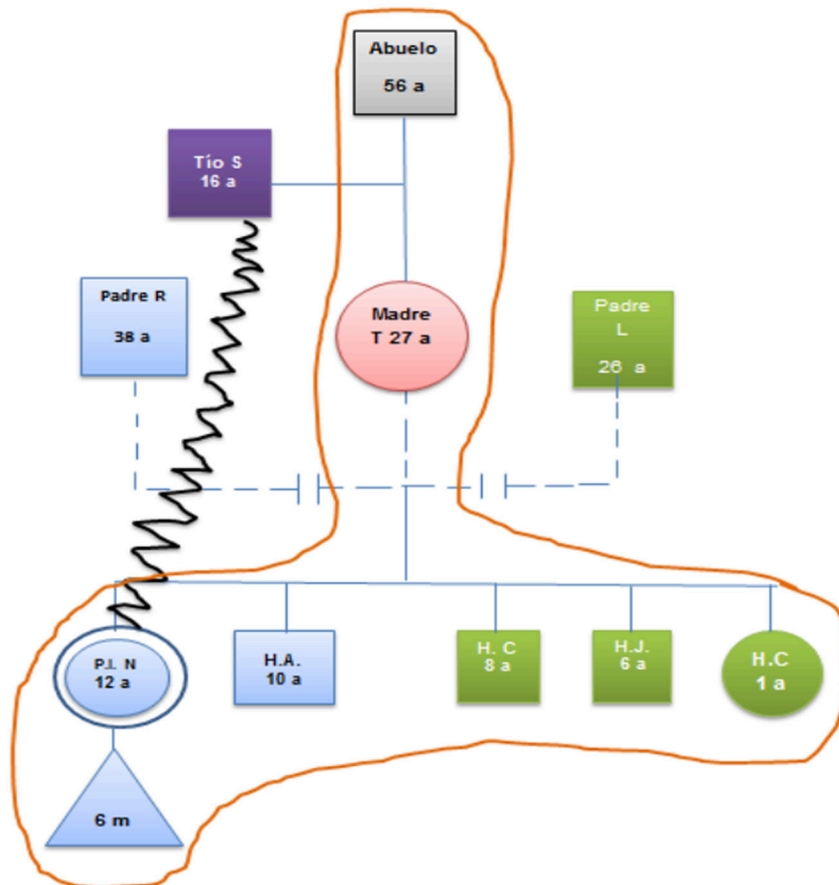


Figura 2. Caso norita. Familia Nuclear Monoparental con Parientes Próximos Ampliada.

#### 4. EL ABUSO: LA VIOLENCIA AL INTERIOR DE LA FAMILIA. UNA PROBLEMÁTICA SOCIAL.

El problema de las agresiones sexuales hacia los/as niños/as no suele ser comprendido en todas sus dimensiones por el común de la gente, si bien en el caso que planteamos hay condiciones de vulnerabilidad, esto no lo determina. Se tiende a creer que esta problemática les ocurre a quienes viven en condiciones de marginalidad, con carencias económicas y que los/as agresores/as son personas desconocidas, con bajos niveles educativos, adictos/as al alcohol o a las drogas. Frente a este tipo de fenómenos y al de la violencia que se origina en el seno de una familia, en general, la sociedad se defiende mediante ciertas estrategias (la minimización, la indiferencia, la intolerancia, la tendencia a pensar que le ocurre a personas muy diferentes a uno mismo) que generan más prejuicios y obstaculizan la comprensión. Si los abusos sexuales son difíciles de creer cuando son perpetrados por personas que no pertenecen al grupo familiar, la incredulidad aumenta cuando se trata de agresiones sexuales intrafamiliares.

##### 4.1. NORITA. CUANDO LA FAMILIA DES-CUIDA

En la negación de la madre, como en la del médico se evidencia que no pueden aceptar la problemática del abuso sexual infantil; tornándose aún más grave dado que el lazo que une al victimario y a la víctima es el vínculo familiar. Esto significa la ruptura de todo límite de intimidad y privacidad. La traición es lo principal en los casos de abuso intrafamiliar, en las palabras de Norita “yo no sé si hago bien” pues aquella figura que debiera significar protección, seguridad, afecto y contención, es de quien provienen los ataques, las amenazas, la degradación. Estas familias pueden presentar diferentes características en función de cómo hayan construido su problema.

Nos preguntamos en este caso, como se ha construido esta historia de violencia familiar. Las familias en situación de abuso son familias que han vivido historias de violencia y abandono a través de las generaciones. Cuando la violencia se transforma en un modo crónico de comunicación interpersonal se conforma el ciclo transgeneracional de la violencia, el mismo se produce cuando los abusos son un modo de vida y cuando existe la tendencia a repetir crónicamente comportamientos abusivos y violentos sobre los hijos, quienes a su vez podrán transformarse en padres abusivos. El ciclo transgeneracional de la violencia favorece el secreto familiar posibilitando que el secreto de abuso no se rompa durante años. El secreto es una característica relacional del momento en que transcurre el abuso. Durante este período, podemos decir que el sistema familiar se encuentra en equilibrio y que el abuso es parte de las modalidades homeostáticas que los miembros de esta familia que se utilizan para mantener su cohesión y sus sentimientos de pertenencia. En este sentido, el secreto del abuso colabora con las reglas rígidas que se sostienen, quizás sea esta la razón por la cual Norita no puede denunciar a su tío, frente a su madre, ni su madre a su hermano frente a la sociedad.

En el caso del incesto o abuso, podemos hablar de un secreto compartido. Se oculta del mundo exterior. Estos secretos nunca se discuten, y constituyen un pacto inconsciente por el cual los miembros de la familia no solo lo desconocen ante los extraños, sino también entre sí. El secreto queda bien resguardado dentro de las fronteras familiares donde no hay palabras que puedan revelarlo.

Otro aspecto importante que se vincula con lo anteriormente descripto y se observa en este

caso es la escasez de redes relacionales: en este como en otros casos de familias en situación de incesto o abuso encontramos que las amistades, las relaciones laborales o escolares y las relaciones comunitarias son escasas. Esta es una familia cerrada, aislada, con poco contacto social y sin redes relacionales. La escasez de redes sociales y las fronteras rígidas con el sistema social, reducen la presencia de las personas ajenas a la familia.

Otro aspecto que se evidencia es la confusión de los roles familiares, desmintiendo el lugar del tío, en el planteamiento de “son como primos”. Este “como si” muestra y oculta la dificultad en el establecimiento de nominaciones y alteración de los lugares en los vínculos (ej. la madre de Norita es la abuela/tía del bebé por nacer de su hija quién será la madre/prima del mismo.). Las relaciones pueden adquirir un significado confuso, haciendo que en las familias en situación de abuso, haya una representación de lo sexual que se ha banalizado es por esto que no está ni sacralizado, ni socializado. Es así como se da a la inversa de lo que socialmente es aceptable. El tabú, organizador familiar y social, en vez de darse en lo privado, queda representado en lo social, por tal razón las redes sociales son escasas.

#### 4.2. “LO SOCIAL” EN “LO FAMILIAR”

Del análisis documental realizado como de nuestras experiencias individuales y nuestras percepciones es nuestra opinión que la mayoría de veces las políticas se quedan en una mera enunciación de buenos deseos y lenguajes políticamente correctos acompañados de escasos recursos. En el caso que venimos analizando si bien hay instituciones sociales que intervienen en la problemática, la fragmentación en las intervenciones, la ausencia de un encuadre que la contenga y oriente las acciones, concluyen en su ineficacia.

Las representaciones sociales que se materializan en las acciones institucionales incluyen la escasa valoración de las y los adolescentes en la sociedad, los tabúes, la valoración de la maternidad y el no reconocimiento real de las y los adolescentes como sujetos de derechos, influyen en este como en otros casos en la ausencia de estrategias de exigibilidad por parte de la sociedad para la aplicación efectiva de las políticas.

Las instituciones: Escuela, Hospital, SAIE, Juzgados, etc. no pudieron reconocer a Norita como un sujeto de derecho.

Por lo tanto al no estar “contemplada” en las normas, políticas y mecanismos de protección social de responsabilidad del Estado, quedó vulnerada y desamparada.

En ese marco, se requiere, a partir de la recuperación de buenas prácticas y lecciones aprendidas de experiencias existentes, tales como, promover mecanismos participativos de incidencia, exigibilidad y control a las políticas públicas de prevención y atención del embarazo adolescente, desde los y las adolescentes y desde otros actores de la sociedad civil.

#### 5. CONCLUSIONES

El abordaje de estos problemas requiere de un marco integrativo de análisis, el fenómeno de la violencia responde a una multicausalidad de factores articulados y mutuamente influyentes. Los distintos programas que desde salud, educación, ONGs, y similares se encaren para dar cuenta de acciones de prevención y/o asistencia deben tener en cuenta permanentemente los aspectos individuales, los familiares, los sociales y los culturales a fin de asegurar una mínima eficacia.

En general, frente a contextos y situaciones complejas y multidimensionales, las respuestas desde las políticas públicas han tendido a ser fragmentadas, como quedó claramente demostrado en el caso narrado anteriormente, no integrales ni adecuadas a los contextos, limitándose a una visión sectorial desde salud y educación y en algunos casos, también trabajo. El abordaje desarticulado de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los y las adolescentes puede producir un efecto boomerang sobre el ejercicio de sus derechos, al debilitarse el grado de implementación y efectividad de las políticas.

La violencia que se manifiestan en el interior de las familias compromete a quienes trabajan esas problemáticas a ensayar formas de entender, a crear y recrear ideas, conceptos y prácticas para su prevención y asistencia. Para abordarlas será preciso un posicionamiento profesional abierto a una interrogación permanente que nos permita analizar críticamente y problematizar los procesos de producción, reproducción y permanencia de las violencias dentro de una familia, ya sea ejercidas a través de hechos visibles o de hechos no visibles, pero siempre traumáticos para quienes lo padecen (Velázquez, 2012)

Según Giberti (2008) la violencia familiar, cotidianamente encubre una trampa que implica que torne eficaz a los violentos al incluir la idea de lo familiar en la que en realidad es violencia contra el género. Esta autora continúa diciendo que la palabra familia tiende a neutralizar el delito, asociándolo con un desentendimiento entre un hombre y una mujer unidos por lazos familiares. Además indica que al incluir la noción de la familia, los derechos igualitarios de mujeres y varones que deben existir dentro de una pareja o familiar resultan neutralizados e invalidados (Giberti, 2008).

La familia nuclear burguesa heteronormativa, ha sido durante varias décadas una forma de conceptualizar la familia, que ha invisibilizado otras formas familiares, el embarazo adolescente conmueve representaciones hegemónicas, en las cuales se establecen por ejemplo, categorías de análisis como las de etapas evolutivas de la vida familiar; donde se definen diferentes momentos por los que una familia transitaría a lo largo de su existencia (etapa de formación, cohabitación entre un hombre y una mujer; expansión, con el nacimiento del primer hijo, consolidación, crianza de los hijos y disolución, la que comienza con la partida de los hijos del hogar), estas conceptualizaciones parecen corresponder a un modelo de familia que deja por fuera, las nuevas configuraciones familiares.

La ley de matrimonio igualitario, el incremento de sectores sociales para quienes el trabajo no es un organizador social ni familiar, las familias que cohabitan dos o tres generaciones en la misma casa, la numerosa cantidad de hijos en ciertos sectores y la maternidad tardía o la ausencia de hijos en otros, las técnicas de fertilización asistida, las familias monoparentales, etc. todas ellas han instalado en el escenario social una multiplicidad de prácticas y formas familiares, algunas de las cuales han sido recientemente visibilizadas, lo que nos interpelan desde la complejidad.

Los equipos de trabajo necesitan explicitar sus concepciones más profundas acerca de cómo definen a la “familia”, ya que si se detienen en las formas y no en las funciones, los diagnósticos pueden estar muy alejados del bienestar del niño/a. Los mitos y estereotipos que impregnan nuestras cosmovisiones pueden ser analizados a través de la propia reflexión y la ayuda del equipo de trabajo, hay que aprender a señalar los acuerdos y desacuerdos para encontrar lo básico compartido. Las distorsiones valorativas llevan a evaluaciones incorrectas y decisiones inadecuadas.

## REFERENCIAS

- Donini, A. (2005). *Sexualidad y Familia. Crisis y desafíos frente al siglo XXI*. Buenos Aires: Noveduc.
- FCI, F. C. y Flacso, F. L. (2011). *Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes* (Family Care International, FCI, Ed.). Recuperado el 16 de Agosto de 2015, de [familycareintl.org](http://familycareintl.org): [http://familycareintl.org/UserFiles/File/BP%20FINAL\\_web.pdf](http://familycareintl.org/UserFiles/File/BP%20FINAL_web.pdf)
- Flores, C. E. y Soto, V. E. (14 y 15 de Noviembre de 2006). *Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe* (CEPAL, Ed.) Recuperado el 19 de Agosto de 2015, de Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región. Recuperado de [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/florez\\_soto.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/florez_soto.pdf)
- Guerrini, M. E. (diciembre de 2009). *La intervención con familias desde el Trabajo Social*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/68517925/intervencion-con-familias-desde-Tr-S>
- Giberti, E. (2008). *Violencia de género, una expresión colonizada y rumiante. Imagoagenda*. Recuperado el 19 de agosto de 2015 de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1648>
- Hidalgo, C. y Carrasco, E. (1999) *Salud Familiar: un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad de Chile.
- Lerner, G. (1992). *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica.
- Meneghello Rivera, J. (1985). *Pediatría* (Vol. 1). Barcelona: Doyma.
- Palacios, J. R. (2008). El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes: un secreto familiar, un problema social, *Educare*, 12 (número extraordinario), 99-111.
- Pereda Beltrán, N. (2010). *Consecuencia psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil*, Papeles del Psicólogo, 31, 191-201.
- Rico, M. N. y Trucco, D. (2014). *Adolescentes. Derecho a la educación y al bienestar futuro*. Santiago de Chile: UNICEF. Naciones Unidas.
- Rodríguez Abasta, R. M. (2013). *La Familia como objeto de estudio del Médico familiar*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/131154816/La-Familia-Como-Objeto-de-Estudio-Feb-2013-5>.
- Strauss-Levi, C., Melford, E.-S. y Gough, K. (1956). *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. España: Anagrama.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la Familia en la Argentina Moderna 1870 - 2000*. Buenos Aires: Ediciones La Flor.
- Torrado, S. (Junio de 2003). *Lo primero es la familia*. Obtenido de Radarlibros: [/www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/libros/10-591-2003-06-04.html](http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/libros/10-591-2003-06-04.html)
- UNICEF (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Informe Final*. Panamá: Oficina Regional para las Américas.
- Velázquez, S. (2012). *"Violencia y familias" Implicancias del trabajo profesional el cuidado de quienes cuidan* (1er. Ed.). Buenos Aires: Paidós (SAICF, Ed.).
- Wainerman, C. y (comp) (2002). *"Introducción", Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*, Buenos Aires: FCE/UNICEF.
- Wainerman, C. (2003). *La vida cotidiana en las nuevas familias ¿Una revolución estancada?* Lumiere, Buenos Aires.



Wainerman, C. H. y Geldstein, R. N. (1994). Viviendo en familia: ayer y hoy. En: C.H.Wainerman (Comp.). *Vivir en familia* (pp. 183-230). Buenos Aires: UNICEF, Losada.

## LA ÚLTIMA ETAPA DE LA VEJEZ EN UN CONTEXTO RESIDENCIAL ASISTIDO. EL GRUPO PSICOTERAPÉUTICO

Raquel Vidal Arandes<sup>1</sup>

### RESUMEN

Presento las características de un Grupo de Psicoterapia de orientación Psicoanalítica constituido dentro de una Residencia Asistida; el Grupo se reúne semanalmente en una sala de la institución, durante una hora y quince minutos. En el contexto institucional, trabajamos con personas que se encuentran en la última etapa de su proceso de envejecimiento: la Ancianidad. La media de edad está por encima los 85 años y el grado de dependencia es elevado debido a las discapacidades y enfermedades. El objetivo principal de la Psicoterapia de Grupo se centrará en asumir y consolidar la Integración, a través de la elaboración de las pérdidas constantes e ineludibles características de esta etapa y la consolidación y afirmación de aquello que ya se ha logrado a lo largo de los años. Elaboraremos las ansiedades que se generan con el impacto del envejecimiento y que a menudo promueven la activación de defensas psíquicas desorganizadoras; en este sentido, la psicoterapia tiene un valor preventivo en las demencias no orgánicas. En un marco institucional nos movemos entre una pluralidad de grupos realizando un trabajo Coral. Hablaré también de los aspectos transferenciales y contratransferenciales que se producen al trabajar con personas ancianas que viven esperando la muerte en un futuro próximo.

### PALABRAS CLAVE

Grupo, Vejez, Integración, Pérdidas, Trabajo Coral, Demencia, Institución.

### SUMMARY

I'm presenting the characteristics of a Psychoanalytic Psychotherapy Group within an Assisted Residence; the Group meets weekly, for an hour and fifteen minutes. In the institutional context, we work with people who are in the last stage of their aging process: Elderly. The average age is above 85 years and the degree of dependence is high due to disabilities and diseases. The main objective of our Group Psychotherapy will be to assume and consolidate the Integration, through the elaboration of the constant and unstopable losses characteristic of this stage and the consolidation and affirmation of what has already been achieved over the years . We will elaborate the anxieties that are generated with the impact of aging and that often promote the activation of disorganizing psychic defenses; in this sense, psychotherapy has a preventive value in non-organic dementias. In an institutional framework we move among a plurality of groups performing a Choral work. I will also talk about the transferential and countertransferential aspects when we are working with elderly people who live waiting for death in a near future.

### KEYWORDS

Group, Elderly, Integration, Losses, Choral work, Dementia, Institution.,

---

<sup>1</sup> Correspondencia: Raquel Vidal Arandes. C/ Marià Vayreda 2, 2º piso, puertas 2 y 3. 17800. Olot (Girona) E-mail: vidalarandes@yahoo.com, raquelvidalpsico@gmail.com

## LA ÚLTIMA ETAPA DE LA VEJEZ EN UN CONTEXTO RESIDENCIAL ASISTIDO. EL GRUPO PSICOTERAPÉUTICO

### 1. INTRODUCCIÓN. UN ESBOZO EVOLUTIVO.

En 2014 según el IDESCAT, la esperanza de vida en Cataluña era de 83'4 años. En el caso los hombres, era de aproximadamente 80'5 y en el de las mujeres, de 86'1. En su ciclo vital, una persona recorre varias etapas: la infancia, la adolescencia, la edad adulta. A partir de un cierto momento, comienza a envejecer. Esta última etapa, según indica el Dr. Formiga (2014) no se inicia en el mismo momento para todos; ni siquiera los órganos de la misma persona envejecen a la vez. Es difícil concretar qué es envejecer porque no se trata sólo de una pérdida: con la edad, las personas adquieren conocimiento y experiencia, que son valores positivos. Hay que entender el envejecimiento como un fenómeno global: físico y psicológico que se produce dentro de un contexto social. Es cierto que, desde el punto de vista estrictamente biológico, parece que sí hay órganos que empiezan a perder funcionalidad, pero no se puede generalizar y se ha de valorar cada individuo: algunas personas envejecen más rápidamente y otros lo hacen más lentamente.

El envejecimiento se trata de una parte más de la vida. La que nos acerca a la muerte. Podemos pensar que envejecemos desde que nacemos, pero el envejecimiento es el proceso en el que la mayoría de funciones -físicas y mentales- empiezan a disminuir más que a crecer: tenemos menos neuronas, menos fuerza muscular. A partir de cierta edad el cerebro ya no tiene la plasticidad para aprender tantas cosas. Aunque hay otros factores a tener en cuenta, la mayoría de enfermedades se asocian a la edad y, por tanto, al envejecimiento. En las personas mayores el porcentaje de cáncer, de insuficiencia cardíaca o de demencia es más alto y, a medida que la edad aumenta, el porcentaje sube al menos hasta los ochenta años. Sin embargo a partir de los ochenta y noventa encontramos gente que ha escapado a estas enfermedades, por razones genéticas o debido a las buenas condiciones ambientales. Envejecer conlleva una serie de connotaciones negativas debido al declive inherente a la etapa; también conlleva algo productivo y positivo: el desarrollo es un proceso evolutivo que interactúa con la experiencia y esta experiencia puede convertirse en productiva.

Erikson (1950) puso el acento en que en la vejez siguen habiendo periodos de cambios potenciales; aún existe la posibilidad de influir en la vida mental. Coltart (1992) habla de la experiencia psicoterapéutica exitosa con un paciente de edad avanzada de tendencias suicidas. Segal (1986) describe el tratamiento que siguió un paciente de 73 años después de haber sufrido un brote psicótico. Las personas con una percepción bastante fuerte de sí mismos van adelante a pesar de las complicaciones y las enfermedades graves que tantas veces conlleva el hecho de envejecer, mientras que aquellas con un patrón de dificultades relacionales a lo largo de su vida parece que se descompensan con facilidad en la recta final de la existencia. Las posibilidades de los cambios dependen, no sólo de los factores intrapsíquicos del individuo consolidados a lo largo de las experiencias adquiridas en su infancia y determinados también por la propia constitución genética, sino también del contexto social, económico e histórico en que este individuo se encuentra. Envejecer manteniendo las capacidades psíquicas significa ser capaz de elaborar las ansiedades neuróticas que surgen, lo cual no es lo mismo que estar absuelto del terror existencial que afecta a todos los seres humanos cuando se plantean la existencia -sobre todo cuando esta se acerca a su fin.

Erikson (1950) diferenció ocho etapas en la evolución del hombre. Cada una de las etapas conlleva un conflicto nuclear que se pondrá de manifiesto y que el individuo gestionará y

elaborará dentro del marco psicosocial correspondiente. Este hecho le permitirá crecer y evolucionar. Cada una de las etapas se influencia la una con la otra a medida que pasa el tiempo. Con la voluntad de complementar las teorías freudianas y no de contradecirlas, las dos asunciones básicas del modelo son, por una parte que la personalidad del individuo se irá desarrollando a medida que éste logra la capacidad de compromiso y adaptación a un abanico más amplio y complejo de interacción social y, por otra parte, que la sociedad se construye con el fin de promover esta interacción con el objetivo de preservar y fomentar la evolución. De hecho, se puede afirmar que uno de los frutos de esta interacción dentro de nuestro contexto social, ha sido la creación de centros especializados para acoger a personas mayores en su última etapa de la existencia: las llamadas Residencias Asistidas.

Parece interesante la visión del autor con respecto a la evolución permanente del individuo. Se puede establecer un paralelismo entre las cinco primeras etapas descritas y las etapas del desarrollo psicosexual descritas por Freud (1905). Erikson añade tres etapas más dentro del marco de la adultez; la Vejez se enmarcaría en la última de las etapas. Debido a que a medida que pasa el tiempo se alarga la vida de la población, la Vejez, en consecuencia, se alarga también considerablemente, hasta tal punto que se puede pensar en diferentes estadios con rasgos propios y diferenciales dentro de esta etapa. Las ocho etapas del hombre según Erikson (1950), con sus equivalencias freudianas a las cinco primeras, son las siguientes:

1. Confianza básica vs Desconfianza, asociada a la virtud de la esperanza y que equivaldría la Etapa Oral de Freud.
2. Autonomía vs Vergüenza y Duda, asociada a la virtud del poder de voluntad y que equivaldría a la Etapa Anal de Freud.
3. Iniciativa vs Culpa, asociada a la virtud de la capacidad de resolución y que equivaldría a la Etapa Fálica de Freud.
4. Trabajo vs Sentimientos de inferioridad, asociada a la virtud de la competencia y que equivaldría al Período de Latencia de Freud.
5. Identidad vs Confusión de roles, asociada a la virtud de la fidelidad y que equivaldría a la Etapa Genital de Freud.
6. Capacidad de intimar vs Aislamiento, que corresponde cronológicamente hablando a la Juventud y está asociada a la virtud del amor.
7. Generatividad vs Estancamiento, que corresponde cronológicamente hablando a la Madurez y está asociada a la virtud de la atención.
8. Integración vs Desesperación, que corresponde cronológicamente hablando a la Vejez y está asociada a la virtud de la reflexión y la sabiduría.

Además de una secuencia de etapas, este modelo nos habla de un desarrollo progresivo. El autor nos habla de crisis pero no considera que el desarrollo sea únicamente una serie de crisis. Más bien el crecimiento se produce como una serie de encuentros decisivos entre el individuo y su entorno. Hay momentos cruciales de crecimiento psicosocial, puntos de inflexión a partir de los cuales se produce o bien una integración y un avance, o bien una regresión del individuo.

El crecimiento y el desarrollo es un hecho físico, psíquico y social y no se hace de una manera constantemente lineal y cronológica en el tiempo y el espacio. De esto ya hablaban también Freud, Klein y Bion. Las estructuras mentales que se forjan en una época de la vida, están presentes a lo largo de toda la existencia y juegan un papel primordial a la hora de ir integrando vivencias y adaptarnos al entorno. Si en las primeras etapas de la vida surgen dificultades

graves, éstas pueden afectar más adelante tanto al desarrollo psíquico del individuo como a su capacidad de adaptación. Esto hay que tenerlo muy presente, ya que cuando las dificultades se van presentando a lo largo de la vida, se producen movimientos psíquicos regresivos. El grado de capacidad de hacer frente a las pérdidas durante la Vejez, la encontramos ya en las primeras capacidades de la persona para afrontar la propia realidad psíquica. Una persona que ha sido capaz de lograr en los primeros momentos de su vida un grado de confianza adecuado, tiene muchas posibilidades de desarrollar una vejez integrada.

Se hace referencia a una sesión psicoterapéutica de grupo celebrada en abril de 2013. El grupo hablaba en clave de humor y riendo de manera defensiva recordando episodios de la infancia. Narraban como los padres iban "a golpes" con los hijos con el fin de imponer su autoridad y de hacerlos obedecer -ahora son ancianos de más de 80 años-. La intervención de Sra. V. hizo cambiar el tono del grupo cuando comenzó a explicar emotivamente el recuerdo tan diferente que ella tenía de su propio padre, que no la había golpeado nunca. Detallaba con voz temblorosa lo feliz que era cuando ella lo acompañaba a bailar sardanas y concluyó, con lágrimas en los ojos, que incluso ahora "cada día lo recuerdo por el cariño que me dio; hay veces que lloro evocando su rostro".

En el trabajo psicoterapéutico en el ámbito de la vejez nos movemos siempre con una fuerte tensión entre:

- a) Hacer conscientes las cuestiones específicas correspondientes a la última etapa de la vida y;
- b) Comprender todo lo que se revive desde las primeras etapas de la existencia.

Erikson (1950) habla de una integridad del ego en contra de la desesperación que el envejecimiento conlleva. Garner y Ardern (1998) destacan también la importancia de mantener la integridad y el sentido del self a pesar de las imágenes negativas que se proyectan en los ancianos. El objetivo de esta última etapa de la existencia debería ser la aceptación de la propia existencia y la integración de los aspectos emocionales que nos configuran. Sin esta integración, el individuo se ve afectado por la desesperación que generan las pérdidas progresivas, abrumadoras e ineludibles de capacidades físicas y mentales y la vivencia de la proximidad de la finitud de la vida. Envejecer conlleva irreversiblemente una herida narcisista potencialmente fatal.

Garner, en la última parte de su artículo *Growing into old age: Erikson and others* en el libro *Talking over the years. A handbook of dynamic psychotherapy with older adults* (Evans, S., Garner, J. et al., 2004) dice que la palabra Integración nos conduce a los procesos integrativos de los que habla Klein y que se caracterizan por una aceptación de objetos queridos y valorados que pueden ser destructivos y también cariñosos al mismo tiempo. Crecer bien en la Vejez no significa esforzarse por ser joven sino que implica aceptarse a sí mismo y a la propia vida en todas sus complejidades, aceptar al otro con sus aspectos positivos y negativos, aceptar la pérdida y las discapacidades, dándonos oportunidades para nuevas experiencias y desarrollando un equilibrio y una integridad más allá de la desesperación de envejecer.

Como se menciona al inicio del artículo, en estos últimos años se ha incrementado la esperanza de vida de la población. La Vejez se alarga y esto quiere decir que, dentro de esta población envejecida, hay rasgos y características diferentes según la edad que consideramos. No es lo mismo hablar de una persona de 60 años que de una que tiene 93. La Vejez no es una categoría homogénea. El sociólogo y psicólogo Torres (2017), habla de tres estadios que encontramos en la Vejez teniendo como referencia los cambios y rasgos diferenciales que se han ido observando en cada uno de ellos:

- a) Pre-Vejez (de los 55 a los 65) que sería la antesala de la etapa vital en que las funciones corporales ven mermada su capacidad para seguir trabajando como antes. Se altera el patrón del sueño, la retención de grasa en el cuerpo y las digestiones. Las hormonas se modifican y esto tiene consecuencias emocionales. A un nivel psicológico, se cambia la manera de pensar y empezamos a ver y valorar la existencia a través de los recuerdos, de lo que vivimos en un pasado. A menudo la estructura familiar cambia con la independización de los hijos, lo que puede dar lugar a sentimientos de tristeza y vacío relacionados con esta pérdida.
- b) La Vejez "pura" (de los 65 a 79) etapa en que se consolida el debilitamiento de funciones biológicas como un estilo psicológico basado en la revisión del pasado y la experimentación con recuerdos. A un nivel físico aparecen problemas posturales y debilitamiento de huesos; aumenta el riesgo de experimentar cáncer. La visión y la audición se resienten, lo que conlleva un riesgo de aislamiento, dado que cuesta más esfuerzo relacionarse. A un nivel psicológico, se consolida el declive del nivel de inteligencia. La inteligencia fluida, que tiene que ver con la agilidad mental y la generación de nuevo conocimiento partiendo desde cero, es la más afectada. La inteligencia cristalizada se preserva mucho mejor en la mayoría de adultos sanos de esa edad.
- c) La Ancianidad (de los 80 en adelante), es la última etapa de la vejez y supone un cambio cualitativo tanto en aspectos físicos como psicológicos. En esta fase las alteraciones posturales y la fragilidad de huesos y articulaciones se acentúan, lo cual puede llevar a reducir significativamente la autonomía de las personas. A un nivel psicológico, el peligro de aislamiento social se acentúa: por un lado, la cantidad de amistades decae debido a la frecuencia con la que se dan las muertes, y por el otro la falta de autonomía suele hacer que las salidas del hogar y los encuentros se den más raramente.

## 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES GERIÁTRICAS: EL TRABAJO CORAL EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA. CUANDO APARECE LA DEMENCIA

Dentro del contexto de una Residencia Asistida, trabajamos con personas que se encuentran en la última etapa de su proceso de envejecimiento: la Ancianidad. La media de edad está por encima los 85 años. Las personas que ingresan en una Residencia Asistida suelen tener un grado de dependencia elevado debido a las discapacidades y enfermedades mencionadas.

Cuando una persona mayor ingresa en un centro asistido busca, entre otras cosas, un entorno más seguro y confortable del que tenía antes del ingreso; por tanto, la Residencia debería permitir mejorar su calidad de vida. Así lo recoge el modelo de atención a las personas mayores en residencias asistidas del ICASS del año 2000. La Residencia Asistida, en tanto que acogedora de una persona mayor con un determinado grado de discapacidad, debe ir más allá del respeto de los derechos de la persona acogida y debe promover y facilitar el ejercicio activo de los mismos. Entre los objetivos de las Residencias Asistidas está el de atender los conflictos de los residentes, previniendo el aislamiento y previniendo y/o tratando las alteraciones emocionales, afectivas, cognitivas o mentales. Los psicólogos y/o psicoterapeutas de las instituciones de personas mayores, tienen un papel fundamental. Entre sus funciones, se encuentran las de reforzar el grupo o el sentimiento individual de pertenencia al grupo.

Esto incluye tanto la coordinación de actividades de dinamización social y cultural conjuntas con otros profesionales, como la creación de grupos psicoterapéuticos de ayuda mutua orientada

por un lado a reforzar las relaciones interpersonales y el sentimiento de pertenencia al grupo mencionados y por otro lado a tratar las dificultades que surgen como consecuencia tanto del envejecimiento y la dependencia progresiva de la persona mayor como del ingreso en la institución. Nos movemos en lo que podríamos llamar una pluralidad de grupos realizando un trabajo coral.

Este constituye pues el marco de trabajo de nuestro Grupo psicoterapéutico. Nuestro Grupo de Psicoterapia de orientación Psicoanalítica se ha constituido dentro de una Residencia Asistida; se trata de un grupo que se reúne semanalmente en una sala de la institución, durante una hora y quince minutos. Los miembros de nuestro grupo tienen una serie de rasgos particulares que hay que considerar:

- Viven la muerte de los otros miembros de la institución que van muriendo y también viven la regeneración del grupo mediante el ingreso de nuevas personas que se incorporan de la misma manera que se incorporan a la institución.
- La media de edad es de 88 años.
- Se trata de un grupo abierto con miembros estables que si dejan de asistir a las sesiones habitualmente es por motivos insalvables, como por enfermedad grave o por muerte. La media de asistentes es de 17 personas.
- A lo largo del tiempo, habrá miembros que iniciarán y desarrollarán una demencia; su permanencia dentro del grupo dependerá de los rasgos personales del individuo y de la evolución de la enfermedad; la demencia per se no es motivo de exclusión del Grupo de Psicoterapia. Hay personas que mantienen conservados algunos o muchos de los aspectos emocionales, sociales e incluso cognitivos. La pertenencia al grupo conlleva generalmente un beneficio tanto para quien sufre la enfermedad como para el resto de miembros del grupo.

En una de las sesiones del Grupo Psicoterapéutico que se hizo el 13 de marzo de 2017, la Sra. M., de 84 años, diagnosticada con enfermedad de Alzheimer con un grado de deterioro moderado (GDS 4)<sup>2</sup>, verbaliza su malestar, el sufrimiento y el miedo que siente. Nos habla medio llorando y nos cuenta que ella hoy se quedará a dormir por primera vez el Centro. Hasta ahora ha venido al Centro de Día pero su demencia hace que esté desorientada y a partir de hoy se quedará a vivir con el resto de residentes. Conmueve al grupo cuando nos cuenta con mucha rabia, los puños cerrados y lágrimas en los ojos lo siguiente:

---

<sup>2</sup> La GDS (Global Deterioration Scale) de Reisberg es una Escala que sirve para ver el estado en que se encuentran nuestros pacientes. El GDS 4 corresponde a un Deterioro Cognitivo Moderado que equivale a una Demencia Leve. Entre otros síntomas de este estadio están: un déficit en el recuerdo de la propia historia personal, defecto de concentración y una incapacidad para realizar tareas complejas. La negación es el mecanismo de defensa dominante.

“Siento dejar mi casa; yo allí estoy muy bien... no lo puedo ni decir porque me pongo a llorar; todavía no me hago a la idea. La Sra. I la intenta consolar diciéndole: "M., no debes preocuparte; hasta ahora ¿Cómo has estado aquí? Te vemos muy bien con nosotros... lo que importa no son las cosas, ni los libros, ni los muebles... ¡Lo que importa somos las personas! ¡El hogar está allí donde estamos nosotros!" La Sra. M. se debate girando la cabeza de derecha a izquierda, llorando, y golpeándose las piernas con los puños apretados. La Sra. TS y la Sra. MO intentan también consolarla: "Ya verás como todo irá bien" le dice la Sra. MO, que será su compañera de habitación. "Si has estado bien hasta ahora, no tiene por qué ser diferente" dice la Sra. TS y sigue: "Los primeros días quizás echarás de menos la cama... o a veces, a mí lo que me pasaba es que por la mañana cuando abría los ojos no sabía dónde estaba”

Es sorprendente el grado de conexión emocional que manifiesta la Sra. M. a pesar de sufrir la enfermedad de Alzheimer. Su asistencia al Grupo de Psicoterapia le proporciona aún ahora, un espacio donde poder elaborar su sufrimiento ante dos pérdidas abrumadoras: la de la propia salud mental y la de su hogar. Este hecho en sí mismo es ya contenedor. La ayuda de los compañeros de Grupo, que con una actitud de escucha y apoyo se pone de manifiesto, tiene un valor incalculable de contención: la Sra. M. puede comunicarse y eso la está preservando -al menos por ahora- del aislamiento a que las personas diagnosticadas de demencia son condenadas.

El grupo ofrece, entre otros aspectos, la oportunidad de reconocerse los unos en los otros. Cuando un miembro proyecta aspectos disociados que no puede asimilar, el grupo proporciona la oportunidad de reconocer estos aspectos como si fuera un espejo e introyectándolos de nuevo, restaurando de este modo lo que no podía ser digerido. De esta manera el *ego* se fortalece y se mejora como consecuencia la capacidad de hacer frente a lo que está pasando. Reflejarse en el grupo permitirá al *Narciso demenciado* de la Sra. M. elaborar progresivamente las ansiedades que se despiertan a medida que avanza la enfermedad. Son unas ansiedades aterradoras, abrumadoras e invalidantes. A menudo el grupo devuelve las proyecciones de unas emociones arcaicas de modo que éstas puedan ser introyectadas de nuevo por el paciente que las vierte con un intento desesperado de deshacerse de lo que tanto dolor genera. De hecho, retornando a la sesión del 13 de marzo, la Sra. M. acaba verbalizando de manera concreta su miedo e indefensión. La tensión y la rabia que mostraba al inicio del encuentro, cede su lugar a la tristeza cuando reconoce que no puede estar sola y que se desorienta con mucha facilidad.

Posteriormente, se tranquiliza. Expresa:

Además, yo me desoriento mucho y pierdo la memoria; ya sé que no puedo estar sola; a veces me levanto por las noches y voy a tuestas porque no sé ni dónde estoy "(hace el gesto con las manos y nos explica que va tocando las paredes de la habitación con la luz encendida como intentando reconocer con el tacto lo que no puede reconocer). Como terapeuta, yo me siento conmovida por esta confesión. Le digo: "Parece pues, que una parte suya sí que necesita estar recogida aquí, Sra. M., y quizás también puede usted escuchar esta parte, ¿verdad? "Ella asiente con lágrimas en los ojos que ahora fluyen de manera más tranquila. Sonríe incluso"



### 3. OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS DE GRUPO EN LA RESIDENCIA ASISTIDA. PÉRDIDAS. DUELOS.

Uno de los objetivos principales de la Psicoterapia de Grupo en la Vejez se centrará en la elaboración de las pérdidas constantes e ineludibles características de esta etapa. El otro será la consolidación y la afirmación de aquello que ya se ha logrado a lo largo de los años. De esta manera, se pueden ir elaborando las ansiedades que se generan con el impacto del envejecimiento y que a menudo promueven la activación de defensas psíquicas desorganizadoras. En este sentido, la psicoterapia tiene un valor preventivo en las demencias no orgánicas (se habría de profundizar en el efecto y repercusión en las que sí lo son). Esto ayudará a mantener la Integración del self de que habla Erikson (1950) en esta etapa a la que asociamos también la palabra Sabiduría. Al respecto, Evans (1998) en su artículo *Beyond the mirror: a group analytic exploration of late life and depression* expresa que la esencia de la sabiduría está en el saber dejar marchar las grandes ambiciones, aceptando la propia mortalidad al tiempo que mantenemos una actitud de equilibrio hacia la vida.

Muchos autores han descrito ya los cambios intrapsíquicos que se producen en los ancianos. Los problemas específicos de los pacientes que han centrado en la etapa de la Vejez giran alrededor de las pérdidas y/o la amenaza de estas pérdidas. Se movilizan emociones y sentimientos depresivos de tristeza -en el mejor de los casos- y también de rabia vinculados a esta vivencia de pérdidas ineludibles. Hay miedo. Hay también mucha confusión ante la disminución de las capacidades y de los cambios en la sexualidad... En un contexto institucionalizado, se añade un sentimiento de abandono y desprotección que se une al terror de ser cada vez más dependientes. Ciertamente los abuelos y abuelas institucionalizados se encuentran particularmente desposeídos.

El psicoterapeuta centrará a menudo sus intervenciones en torno a los procesos de duelo, y si bien es cierto que a lo largo de nuestra existencia vital vamos encadenando duelos consecutivos de una manera intermitente, las pérdidas que se producen en las personas mayores que conviven en una Residencia Geriátrica Asistida son tan abrumadoras que nos acercan irremisiblemente y de forma acelerada a sus aspectos más frágiles y las defensas psíquicas se ponen en funcionamiento fruto del horror que genera envejecer lejos de la familia y del propio hogar. En estas circunstancias extremas, a menudo el individuo invierte su narcisismo en las funciones del propio cuerpo, reemplazando el vacío que siente de una mirada cariñosa (materna) con una preocupación hipocondríaca hacia su cuerpo. Esto afectará a su potencial capacidad de recuperación. En términos freudianos, la libido se desplazará hacia el *ego*, empobreciendo la vida del afectado.

Haciendo referencia al artículo *Vora Mort*, se recuerda una sesión de grupo en la que las quejas y las lamentaciones se sucedían unas tras otras. En un momento dado, la Sra. T. que había perdido una hija recientemente, verbalizó lo siguiente, haciéndose portavoz de las ansiedades grupales:

Allí en el hospital explicaban que a un hombre lo operaron de las tripas y las sacaron y las pusieron sobre la mesa para poder sacarle el mal. Lo dejaron vacío... y luego lo volvieron a llenar sin el mal. De una manera o de otra te sacan el mal, pero qué maneras! (Vidal, 2016, p. 97).

Mediante la metáfora de estas tripas, se observa que estamos ante un grupo lleno de dolor, vacío y que se siente con las tripas encima de la mesa. Resulta más fácil hablar de los intestinos que forman parte del cuerpo físico que del dolor y el vacío que conlleva la pérdida de la hija a un nivel emocional y mental. El impacto emocional del envejecimiento en una institución genera tanta ansiedad que activa ferozmente la desorganización de las defensas mentales, estimulando por ejemplo mecanismos de negación que pueden incluso desencadenar y promover algunos de los procesos de demencia de los que psicoterapeutas y trabajadores de instituciones geriátricas somos testigos.

En un marco institucional, se evidencia ferozmente que se ha perdido la juventud y con ella, el esplendor del cuerpo y de la mente, las capacidades cognitivas, sexuales y locomotoras. Los hábitos de siempre se ven modificados y la persona debe adaptarse a nuevos modos de vida y convivencia. Se pierden familiares, amigos y también animales de compañía. Se han perdido los trabajos y todo lo que giraba alrededor de ellos como el estatus económico o el rol social. Se ha perdido la independencia. En última instancia, se pierde la vida y se va evidenciando que la muerte forma parte de un futuro próximo. El futuro se acorta de forma alarmante. Hay una dimensión fuertemente traumática en los aspectos de las pérdidas de las personas mayores que viven institucionalizadas.

Mediante el tratamiento psicoterapéutico, vivencias emocionales como el desespero, la rabia, el miedo, la hostilidad o la impotencia que generan todas las pérdidas abrumadoras características del anciano y anciana que viven en un Centro, pueden irse elaborando y transformando. El psicoterapeuta debe ser capaz de ofrecer un marco seguro y de confianza donde poder elaborar y dar voz a las emociones que surgen y que incapacitan e invalidan la vida del paciente.

La vida podrá continuar siendo vivida lo más plenamente posible a medida que se puedan aceptar las limitaciones que surgen y se pueda conectar con el mundo emocional más íntimo. En definitiva, conectar con lo que en psicoanálisis denominamos el objeto interno y con sus aspectos depresivos. De esta manera el paciente irá acercándose y aceptando lo que es ineludible.

A menudo en la psicoterapia con personas mayores surge el recuerdo y mediante su evocación, el individuo tendrá una oportunidad para valorar de una manera cuidadosa los éxitos alcanzados y para revisar también los puntos más conflictivos del su recorrido vital y su nueva existencia.

Es muy curioso, pero tal y como describen Ardern, Garner & Porter (1998) en el artículo *Curious Bedfellows: Psychoanalytic Understanding and Old Age Psychiatry*, esta “carrera a contratiempo” que parece que inicia el individuo cuando empieza un proceso terapéutico en una institución geriátrica, a menudo es un factor positivo en la evolución de la terapia; en muchos casos los cambios se producen de una manera más rápida en los pacientes más viejos que en los más jóvenes.

Por otra parte, es interesante y hay que tener en cuenta y apreciar en el ejercicio de nuestro trabajo como terapeutas lo que apunta Van de Sande (2013) en su artículo *Adventures of the old Narcissus*: debido a que las personas mayores están confrontadas de una manera real con la pérdida de los objetos queridos, les es menos fácil hacer una negación de las reacciones depresivas. Este hecho nos abre como psicoterapeutas una vía saludable para poder tratar el duelo y el dolor. Esta confrontación con la pérdida real y con la disminución de vitalidad de los mecanismos de defensa, suponen una ventaja en la alianza terapéutica. La inestabilidad emocional en la vejez no siempre significa fragilidad y debilidad; también conlleva una movilidad emocional saludable.

#### 4. LA MUERTE Y EL GRUPO PSICOTERAPÉUTICO EN LA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA

La muerte y las ansiedades que su presencia despiertan, forman parte de la vida en un Centro Geriátrico. La muerte se convierte en algo habitual. Tal y como se detalla en el artículo *Vora mort* (Vidal, 2016, p.102):

Parece que la muerte sea algo innumerable: su carga y su pensamiento son devastadores. Dentro del espacio grupal, como psicoterapeutas deberíamos encontrar el momento para hablar de la muerte y de sus cualidades. La muerte, al fin y al cabo, es la protagonista real. Los miembros del grupo hablan de «la negra», «la parca», «la de la guadaña »... esta es la manera que tienen de llamar la muerte. Si podemos verbalizar la muerte, lo que sentimos ante este hecho irreversible, también podremos aligerar la carga terrorífica que abruma el pensamiento y alimenta las fantasías más escalofriantes que incluso llegan a anularse, porque son abrumadoras. Si puede ser vivida como proceso de involución (Folch et al., 2012), la muerte encontrará un lugar diferente dentro del mundo interno de los miembros del grupo, y se producirá una tolerancia y una aceptación más grandes del paso del tiempo, así como la aceptación de lo que es irrecuperable.... El principal objetivo psicoterapéutico grupal debería centrarse en la elaboración de una idea de muerte como proceso involutivo (Folch et al.2012). Una representación más adecuada al hecho real de dejar de existir. La muerte como consecuencia del hecho de vivir en nuestra transitoriedad.

Los Dres. Oriol Esteve, Folch e Isern (2013) en su artículo *Problemática y psicopatología de la senectud (Vol. II)* especifican cómo pueden aumentar las ansiedades terminales el sentido de la muerte que cada individuo ha concebido a lo largo de la vida y las fantasías generadas alrededor de este hecho ineludible. ¿Nos acercamos a la muerte sintiendo que es una condena, un castigo o una venganza? ¿Su proximidad hace sentir por encima de todo las realizaciones truncadas? ¿Es la muerte el resultado de malos tratos recibidos? ¿Representa la caída en el vacío en la ausencia de los objetos protectores?

Intermitentemente, nuestro Grupo de Psicoterapia sí habla de la muerte y de las fantasías que se han ido forjando a lo largo del tiempo a su alrededor. Es una realidad que hemos ido alcanzando con el tiempo, pero no siempre es así. A veces, la muerte se expresa de manera contenida. A veces, se niega directamente.

Ilustrando las ansiedades de muerte, se transcribe un fragmento de una sesión que se celebró el 13 de marzo de 2017 en la que la Sra. A. se encontraba a mi lado. La Sra. A. es una mujer de 94 años, con las facultades mentales conservadas y que presenta, dentro de la *escala de Reisberg*, un GDS 2<sup>3</sup> (que corresponde a un deterioro cognitivo muy leve normal por la su edad). Va en silla de ruedas y tiene un nivel muy alto de dependencia física ya que no puede caminar. Se encuentra ingresada en el centro desde hace dos años después de haber sufrido una caída en su domicilio en una gran ciudad. Desde entonces no puede valerse por sí misma. Vivía sola y nunca se casó ni tiene hijos. Tiene sobrinos y hasta hace poco, tenía un hermano que murió también en la Residencia Asistida que ahora la acoge a ella misma:

<sup>3</sup> La GDS (Global Deterioration Scale) de Reisberg es una Escala que sirve para ver el estado en que se encuentran nuestros pacientes. El GDS 2 corresponde a un Deterioro Cognitivo Muy Leve. Entre otros síntomas de este estadio están: el olvido de la situación de objetos familiares o el olvido de nombres de familiares y amigos. El paciente manifiesta preocupación por los síntomas.

La Sra. A. está dormida; de una manera peculiarmente profunda y desconectada. La sesión anterior no vino y me notificó que se quería dar de baja del grupo ya que no siente nada. Es muy sorda y verbalizaba que se sentía muy impotente de no poder escuchar nada de nada de lo que se habla en el espacio de psicoterapia. Se siente impotente y dejará de venir; esto es lo que ha decidido (esto me lo dijo el último día, de forma individual, cuando salíamos de la sesión de psicoterapia grupal). Le dije que lo más adecuado sería que habláramos en la siguiente sesión (es decir, la de hoy) con todos los miembros del grupo. La sesión pues, acaba de empezar y lo que acabo de narrar es el primero que detecto.

El grupo observa silenciosamente a la Sra. A. Posteriormente piden que la despierte. Todos los miembros me lo piden diciendo -con un tono angustiado- que últimamente la Sra. A. tiene esta actitud de desconexión. Se duerme pero no saben si está muerta. Respondiendo al grupo, intento despertarla. Primero con la voz: "Sra. A., Sra. A." digo con firmeza y al mismo tiempo suavemente. Después me acerco a su oído y alzo el volumen. Finalmente -y después de que uno de los miembros del grupo me lo proponga- la sacudo suavemente... pero nada... ni siquiera se mueve. El grupo primero se ríe... todos sonrían... La Sra. M. me pide si la Sra. A. respira... y yo intento de nuevo que la Sra. A. se despierte. Mi intento es vano... La Sra. A. sigue durmiendo y así lo hará a lo largo de la sesión. Está con nosotros "de cuerpo presente" y parece la personificación de la muerte.

Este fragmento ejemplifica con mucha claridad la ansiedad de muerte. Los miembros del nuestro grupo viven en la institución hasta que les llega el final. La presencia abrumadora de la muerte se manifiesta intermitentemente de una manera invasiva y moviliza los sistemas defensivos individuales y los del grupo de trabajo. Las ansiedades de muerte son abrumadoras. Las defensas también lo son: es difícil poder hablar de lo que genera tanto terror.

La Sra. A., desde el principio de la sesión de hoy, escenifica en el contexto grupal lo que ha sucedido hace dos días en el Centro: dos residentes de la casa murieron. De ello hoy no se habla; el grupo no puede hablar... pero la Sra. A. parece que esté muerta. La Sra. M. dice: 'a ver si respira', pero el grupo, a un nivel consciente, no va más allá. No se habla de las muertes de los dos Residentes.

Posteriormente se hace un abordaje particular e indirecto hablando de la muerte de una persona que no vivía en el Centro; es decir: se desplaza la muerte fuera de la Residencia. Mientras tanto, la Sra. A. con su presencia, escenifica la realidad.

##### 5. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA. ASPECTOS NARCISISTAS. DE NUEVO EL TRABAJO CORAL.

Trabajar con personas que viven esperando la muerte a corto plazo puede estimular a un nivel contratransferencial sentimientos de impotencia, de hostilidad y frustración. El psicoterapeuta de ancianos que viven en una Residencia Asistida deberá aceptar que los pacientes se deterioran física y mentalmente. Irreversible y progresivamente. En este contexto, estos pacientes van adquiriendo unos niveles cada vez más altos de dependencia y verterán en el psicoterapeuta sus necesidades más arcaicas. Nos encontramos ante un proceso involutivo en el que la persona retorna al inicio de la vida en lo que se refiere a sus necesidades de ser atendido/a y parecería que todo lo que ha ido adquiriendo a lo largo de su recorrido vital, no sirve de nada.

El incremento del grado de dependencia -a veces física, a veces mental, a veces ambas a la vez- acerca paradójicamente al anciano/a a la primera etapa de la vida. Pero ¿hasta qué punto podemos pensar y hablar de similitudes entre ancianos/as y bebés? ¿Es lícito pensar, y acercarnos a la vejez mediante esta imagen del bebé dependiente o bien este hecho responde a una fantasía colectiva que permite -desde la juventud- neutralizar las ansiedades que nos despierta la Vejez y la proximidad de la muerte? Parecería que entre los miembros de los equipos de trabajo de los centros geriátricos, acercarse a los residentes bajo la fantasía de que las necesidades son similares a las de un recién nacido, neutraliza las ansiedades que la Vejez despierta.

Un paciente que no mejora puede generar -entre otros- sentimientos agresivos y sádicos acompañados de ansiedad, sentimientos de culpa y de depresión. Al mismo tiempo genera una serie de heridas de carácter narcisista y deseos de reparación. El psicoterapeuta de gente mayor apenas se siente gratificado en el marco del tratamiento. Para empezar, todos los pacientes acaban muriendo. Ésta es una de las heridas más importantes que tendrá que ser revisada a lo largo del tiempo a través de las supervisiones. Sin embargo existen otros aspectos y sentimientos contratransferenciales que provocan estos pacientes, como el miedo que podemos sentir a que ellos puedan convertirse en dependientes de nosotros o el miedo a que nosotros mismos lleguemos a ser como ellos.

No parece que se equivoque uno afirmando que si bien para ser psicoterapeuta se requiere -entre otros requisitos- un grado elevado de empatía, para convertirse en psicoterapeuta de personas mayores, se requiere un grado aún más elevado. Según la propia experiencia, mientras que las facultades físicas y mentales van disminuyendo debido al envejecimiento, la memoria afectiva permanece. El afecto permanece. La emoción permanece. El lenguaje emocional se hace evidente con el paso de los años y adquiere un relieve especial en las demencias, cuando las otras facultades se desvanecen progresivamente. Las pérdidas vividas por la gente mayor como consecuencia de los años, tanto a un nivel físico como mental, a menudo provocan la sensación de vivir en un estado de desintegración casi permanente. Los sentimientos de ambivalencia pueden llegar a ser insoportables en el marco de una Institución, porque a menudo los abuelos y abuelas institucionalizados sienten que han sido abandonados y este hecho incrementa el sentimiento de indefensión: "A mí me dejaron aquí como si fuera un paquete. Nadie pidió mi opinión y cuando ellos quisieron y lo decidieron, me llevaron aquí sin ningún miramiento" repetía una y otra vez la Sra. O. a lo largo de las sesiones grupales de psicoterapia a las que asistió. Hay un sentimiento unánime -que generalmente responde a una realidad- de que las familias no han tenido suficiente capacidad de hacerse cargo de la persona que han tenido que ingresar.

Conjuntamente con el amor y el afecto, el paciente siente malestar, tristeza, rabia y desesperación: "Todavía no entiendo por qué estoy aquí. Yo en casa estaba muy bien. No entiendo por qué mi hija ha acabado trayéndome aquí. Yo ya me conformaba viniendo aquí durante el día y yendo a casa a dormir. No entiendo porque quieren que me quede". Esto lo decía la Sra. M. llorando en una sesión grupal cuando, después de un período de más de un año de venir a la Residencia en régimen de Centro de Día, pasó a vivir en ella. Ella no era consciente en absoluto de que no podía vivir sola. Su hija vivía lejos y no podía hacerse cargo de la Sra. M., quien había sido recientemente diagnosticada de Alzheimer. A menudo los vecinos del pueblo la encontraban totalmente desorientada por las calles; no sabía ni siquiera como debía retornar a casa. Después de un período en el Centro de Día, la hija decidió que la Sra. M. se quedara a vivir, pues no podía quedarse sola en casa. Alguna vez incluso la habían encontrado durmiendo en el suelo.

Los ancianos/as institucionalizados sienten también paralelamente una necesidad de continuar protegiendo el núcleo familiar a pesar de todo el malestar y la herida que sienten que se ha producido:

"¿Sabes qué pasa?" le dice la Sra. P. a la Sra. M. mirándola a los ojos y con un tono de voz calmado y dulce, "...que si vivir aquí no lo hacemos por nosotros mismos, es bueno que lo hagamos por los hijos! Ellos se sienten más tranquilos si nosotros estamos aquí" "Y nosotros, es cierto que estamos más recogidos" añade el Sr. E...y sigue: "¿Qué haríamos en casa nosotros? Usted me ve a mí en mi casa? (señala la silla de ruedas donde es sentado) ... " " Tenemos suerte de poder continuar viviendo en el mismo pueblo y compartir la vida con la gente que conocemos. También viene nuestra familia a visitarnos a menudo". "Yo sé que tengo que vivir aquí para que mi hijo esté tranquilo. Él no puede hacerse cargo de mí; ya tienen suficiente en su casa cuidando su suegro. A mí me gustaría vivir en mi casa como antes, pero no puede ser; ya casi no ando y yo me pongo contenta cuando lo veo a él tranquilo de verme aquí" comentaba la Sra. P. en dos sesiones diferentes, una del mes de enero y la otra de marzo de 2017.

El psicoterapeuta de ancianos institucionalizados se encuentra a menudo navegando en mares de ambivalencia, confusión y terror. Oscilaciones entre el amor y el odio por un lado y sentimientos de horror generados por la percepción de la proximidad de la muerte y la indefensión que genera la vivencia abrumadora de la pérdida de las facultades, sean físicas o mentales. Si bien lo más habitual es que los hijos o las hijas hayan tenido que tomar la decisión de hacer el ingreso del anciano/a, a veces el mismo cónyuge de la persona ingresada es quien ha tenido que decidir y gestionar los trámites ya que no puede continuar haciéndose cargo de la pareja.

Como ya he mencionado anteriormente, esta vivencia de abandono en una institución esperando la muerte, moviliza el mundo interno del residente. El fruto de esta movilización será proyectado tanto a los psicoterapeutas en los encuentros del Grupo de Psicoterapia como a las personas que trabajan diariamente dentro de la institución.

El psicoterapeuta grupal de una Residencia Asistida deberá tener en cuenta en cada una de las sesiones el entramado que constituye el universo de cada una de las personas que forman parte del Grupo: cada sesión nos encontraremos no únicamente con los miembros que forman parte del grupo de trabajo y su mundo interno, sino también con sus familias, que se hacen muy presentes de diferentes maneras; y si bien esto es algo que el terapeuta de grupo conoce habiéndolo experimentado en el trabajo grupal en otras ocasiones, en un grupo constituido por ancianos/as institucionalizados, se incorporarán de diferentes maneras también los trabajadores del centro y la institución *per se*.

El psicoterapeuta de Grupo no es únicamente el conductor de éste, sino que forma parte de un equipo profesional dentro de la institución -un Grupo paralelo-. Desempeña una función paralela: forma parte del engranaje institucional y esto es algo que deberá tenerse en cuenta; su mirada será multidireccional. El mundo interno de los residentes y el del Grupo en consecuencia, está muy poblado de objetos.

Se abre ante nosotros un abanico muy amplio y diversificado de posibilidades en todo lo referente al trabajo psicoterapéutico y el Grupo ofrece un espacio para la proyección y la elaboración de las ansiedades que irán surgiendo y que a menudo formarán parte de una

concatenación de emociones y sentimientos que irán forjando un mosaico rico y multicolor. Se dará forma a esta multiplicidad a medida que vamos avanzando y que lo permitimos. Se recuerda una sesión que ejemplifica el trabajo coral grupal institucional y la complejidad de lo que acabo de exponer (15 de mayo 2017):

Esta mañana mientras estábamos trabajando en el Taller de Noticias<sup>4</sup> -como cada lunes- la Sra. TS. ha perdido la conciencia. De hecho, ella estaba fuera del ángulo de mi visión -tres sillas más allá a mi derecha- y yo estaba leyendo el diario en ese preciso momento. Ha sido una gerocultora que ha mirado a través del cristal de la puerta quien ha visto que la Sra. TS. en su silla se ha estirado rígidamente y ha quedado con la cabeza atrás y los ojos medio cerrados. La chica ha entrado exclamando "Sra. TS., Sra. TS. ..." y entonces, todos nos hemos dado cuenta de que la Sra. TS. no estaba bien. Mientras la gerocultora atendía a la Sra. TS. y procuraba que no se cayera de la silla, yo he ido a avisar a la enfermera y hemos venido a la sala con una silla de ruedas donde la Sra. TS. ha sido trasladada. La enfermera decía que era algo que le sucedía de vez en cuando a la Sra. TS. y que ella se la llevaba a la enfermería para volverla en sí. Los abuelos/as que estaban presentes y yo, hemos vuelto a nuestros sitios para continuar la lectura... pero la Sra. TJ. se ha puesto a llorar diciendo que estaba muy asustada, que ella no había visto nunca a la Sra. TS. en aquella situación y que tenía miedo de que muriera. La Sra. MO. la ha censurado -medio enfadada- diciendo que no era nada ... que ella ya la había visto más de una vez así ... y que no sufriera. Yo le he explicado que me parecía normal que se sintiera mal y que después de un rato, podía ir a ver cómo se encontraba su compañera en la sala de enfermería. "Estaría bien que pudiera ir"...le digo... "ya ha visto como la enfermera explicaba que no es la primera vez que le pasa una crisis de estas -continuó diciendo-". Afortunadamente la ha visto A. (la gerocultora) y ahora la Sra. TS. ya está en la enfermería. Allí estará bien cuidada y tratarán de reanimarla. Deje pasar un rato y vaya a ver cómo se encuentra, si le parece... ". Ella asiente y parece que se calma. De hecho, con el altercado, ya se ha acabado el tiempo del Taller de Noticias y propongo que, si lo desean, hablamos en el Grupo de Psicoterapia que tenemos luego a las 3'30pm.

Las defensas se ponen en funcionamiento y el psicoterapeuta a menudo recibirá unas proyecciones múltiples que requerirán de una elaboración adecuada antes de ser devueltas.

Es necesario que el psicoterapeuta de ancianos en una institución geriátrica sea capaz de mantener miradas múltiples, ya que forma parte de diferentes grupos con ecos diferentes -tal y como se muestra en la viñeta anterior-. También debe ser capaz de tolerar proyecciones relacionadas con ansiedades de muerte, de desintegración y de abandono.

Si nos centramos en la transferencia, a menudo sentimos que el psicoterapeuta es vivido como un hijo / hija. A veces, llegamos a ser objetos maternos o de autoridad paterna. Pueden hacernos depositarios de una transferencia sexual o amorosa (convertimos pareja o amantes).

<sup>4</sup> Se trata de un Taller en el cual cada lunes por la mañana los residentes se reúnen con la terapeuta para comentar las noticias de la semana que son consideradas como más destacadas. Paralelamente se procede a la lectura de los acontecimientos más importantes y destacados en los periódicos.

También se debe considerar la pareja edípica constituida por la institución y la familia; este apareamiento se hará presente en el imaginario del residente y nosotros seremos objeto de deseo y de rechazo alternativamente dependiendo de su estado. Como miembro que pertenece a la institución, el psicoterapeuta se convierte tanto en objeto de deseo como de odio y será experimentado alternativamente como soporte o como perseguidor.

Recordemos que las personas que viven en un geriátrico suelen tener un grado alto de dependencia física y/o mental, lo que acentúa los aspectos transferenciales. Por un lado, el residente añade a sus problemas propios un resentimiento inconsciente hacia el psicoterapeuta -y también hacia los trabajadores del centro-. Por otro lado, vive la necesidad de ser agradecido.

El psicoterapeuta es idealizado y envidiado por su condición y juventud,... pero también es despreciado por ser demasiado joven y no tener una experiencia suficientemente amplia. En una sesión celebrada el mes de Junio de 2016, la Sra. A. -que siempre iniciaba sus intervenciones en el grupo contando los miembros- dice: "Hoy somos 16; usted no cuenta". Se refería a mí -la terapeuta- y lo hacía con una sonrisa entre sarcástica y malintencionada.

El psicoterapeuta, al mismo tiempo deberá tener un grado suficiente de generosidad como para poder evidenciar su no-indispensabilidad en la vida de los residentes. Deberá tener en cuenta sus propios aspectos narcisistas. El paciente viejo a menudo es percibido como frágil y dependiente; si no elaboramos nuestras ansiedades al respecto, esto puede incrementar nuestra percepción de que nos encontramos ante personas totalmente inválidas e incapaces,... y si bien esto es parcialmente cierto, tenemos que ser muy cautos, ya que será a través de nuestras intervenciones que ellos irán encontrando su fortaleza y los recursos propios.

Recuerdo una sesión en la que como psicoterapeuta -y miembro que pertenece al grupo de la Institución- yo veía tambalear la estabilidad del Grupo de psicoterapia debido a una serie de circunstancias de organización institucional. Este hecho no podía ser comunicado dada la ambivalencia absoluta que había al respecto. Lo que resultó muy interesante y chocante es cómo a lo largo de la sesión, el grupo hizo referencia metafóricamente a un grupo frágil, desprotegido y enfermo, donde se hacía presente la muerte. El Grupo en aquellos momentos estaba "entubado" en la U.C.I. Como Terapeuta, pude devolver el siguiente:

Veo al Grupo hoy aquí, tan recogido, tan juntos... y los siento también tan comunicativos, los unos con los otros y también tan protegidos, que contrasta mucho con lo que se está explicando hoy de esta familia en la que ahora todos quedan desprotegidos y como abandonados... me pregunto si se sienten protegidos y amparados aquí tal y como yo lo estoy percibiendo ahora.

Contratransferencialmente, el terapeuta experimenta las proyecciones de los miedos inconscientes y la rabia que despierta el hecho de envejecer, de sentir la disminución del poder corporal y mental y la necesidad incrementada de ayuda para acercarse y la dependencia del otro.

Rabia, enojo, sentimientos de desprotección y abandono, rechazo, miedo o envidia constituyen un abanico de emociones -entre otras- no muy agradables que podrán ser sentidas tanto por psicoterapeutas, como por el resto de trabajadores del Centro a un nivel contratransferencial. Evidenciar estos aspectos en el marco de un espacio de supervisión puede ayudar a mantener el



nivel de profesionalidad deseable.

Recuerdo el inicio de una sesión celebrada el 12 de junio de 2017 en la que se hace evidente el miedo y la ansiedad que me despertó el hecho de no encontrar en su lugar habitual a uno de los miembros participantes del Grupo de Psicoterapia:

Estoy llegando a la Sala del Grupo y recuerdo que esta mañana el Sr. JQ. no se encontraba bien. Ayer domingo, por la tarde, comenzó a tener problemas con la sonda que lleva; estaba obturada y salía sangre. Esta mañana mientras hacíamos el Taller de Noticias, él se quería ir sin decir nada y yo, antes de que saliera le he pedido si podía ayudarme, si le pasaba algo. Me ha dicho que quería ir a la enfermería porque veía que no iba bien con la sonda. Lo he acompañado a la enfermería y mientras íbamos me ha mostrado la bolsa de la sonda, que efectivamente estaba roja por la sangre. Veo que ahora estamos a punto de comenzar la sesión -Faltan 5 minutos- y el Sr. JQ no está, así que después preguntar a las gerocultoras y que me digan que no saben dónde está, decido ir a su habitación a ver si sucede algo. Llamo a la puerta y efectivamente, allí está el Sr. JQ. Lo encuentro sentado en la silla de ruedas, junto a la cama, con la pernera del pantalón arremangada y la bolsa de la orina de la sonda a la vista. Me cuenta que está sufriendo y observando si la sonda funciona bien o no. Tiene miedo de que salga sangre. Esta mañana han encontrado todo obturado y había sangre: "esto no pinta bien" dice literalmente. Me dice que tiene miedo de la sangre. Su voz es muy floja y yo lo siento asustado. Le explico que en unos minutos empezamos el Grupo de Psicoterapia y le digo que si quiere venir, lo acompaño yo misma. Si prefiere quedarse, añado que ya explicaré a los compañeros el motivo. Añado también que si quiere lo llevo abajo, cerca de la enfermería, por si se siente más tranquilo de esta manera. Me dice que no, que donde mejor está es en la habitación y que si las cosas no van bien, llamará al timbre para que venga la enfermera. Quedamos así y yo vuelvo a la Sala, preocupada por el Sr. JQ. y sintiendo que hay momentos en que la soledad se hace presente. Siento la soledad del Sr. JQ y me duele. Me siento triste. En contraste, cuando entro en la Sala, la percibo llena y alegre; casi todo el mundo está sentado en la silla; incluso la Sra. Ma. Yo me siento extraña. Extraña y triste.

Van de Sande (2013) afirma que en el psicoterapeuta de personas mayores se puede ver el fenómeno contratransferencial de tres formas diferentes:

- a) Mediante la vivencia de sentimientos de omnipotencia y de esperanzas irreales: las posibilidades de los pacientes viejos son sobrevaloradas por parte del psicoterapeuta. De esta forma se niega el temor a la muerte.
- b) Alimentando aspectos narcisistas: el terapeuta es visto y también se manifiesta como el gran salvador.
- c) No considerando que las personas mayores pueden ser demandantes y manipulativos, provocando que el terapeuta desconsidere sentimientos y emociones de pena y tristeza hacia alguien que se encuentra al final de su vida.

En este punto se añadiría que, dentro del marco de la posición depresiva, la contratransferencia puede generar fuertes sentimientos de culpa y soledad a los psicoterapeutas que trabajamos con abuelos institucionalizados y que se sienten abandonados. De hecho, una parte de esto es también lo que se hace evidente en la última viñeta que he expuesto. Al miedo como terapeuta se añade el sentimiento de culpabilidad, provocando que no se tengan en cuenta las capacidades del

Sr. JQ como individuo.

El trabajo en supervisión ayudará a explorar e ir identificando las fantasías que se movilizan y también ayudará en el reconocimiento de problemas externos.

Para terminar, se evoca un cuento que explicó la Sra. I en uno de los últimos encuentros de Grupo que hemos tenido y que refleja la fugacidad de la vida y la trascendencia de nuestras emociones. Se titula *El plato de madera*. Dice así:

Había un hombre que le estaba tallando un plato de madera a su padre porque éste -el padre- se había vuelto viejo y rompía todos los platos que eran de cristal. El hijo estaba hartado y este hecho le ponía de malhumor y lo hacía sentir enojado.

Pasó el tiempo...un día...y otro día...y otro...hasta que una noche, este hijo se dio cuenta de que su propio hijo estaba tallando un trozo de madera.

"¿Qué haces, hijo?" -preguntó- ... Y en el mismo instante que acababa de hacer la pregunta, se dio cuenta con tristeza de que lo que hacía el hijo era un plato de madera para él mismo, que ya se había convertido en un viejo. Se sobrecogió y recordó con tristeza su propia actitud hacia su padre.

## REFERENCIAS

- Ardern, M., Garner, J., & Porter, R. (1998). *Curious Bedfellows: Psychoanalytic Understanding and Old Age Psychiatry*. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 12, 47-56.
- Bion, W. (1970) *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publications.
- Coltart, N. (1992). *The analysis of an elderly patient*. London: Free Association Books.
- Evans, S., Garner, J. & others (2004). *Talking over the years. A handbook of dynamic psychotherapy with older adults*. London and New York: Routledge-Taylor Francis Group.
- Evans, S. (1998). Beyond the mirror: a group analytic exploration of late life and depression, *Aging and Mental Health*, 2, 94-99.
- Erikson, E.H. (1950). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós (2ª edición 1966).
- Formiga, F. (2014). ¿Qué es envejecer? *Senescencia, Revista Digital*, 1. Recuperado el 3 de agosto de 2017 de <http://www.ub.edu/senescencia/noticia/que-es-envejecer/>
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- Garner, J., & Ardern, M. (1998). *Reflections on old age*. *Aging and Mental Health*, 2, 92-93.
- Klein, M. (1946-1960). *Envidia y gratitud y otros trabajos. Obras completas*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1989.
- Oriol, J.E., Folch, E.amb Isern, Ll. (2013). *Problemàtica i psicopatologia de la senectut ( II)*. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 30 (1), 9-29.
- Segal, H. (1986). *Fear or death: notes on the analysis of an old man. In: The work of Hanna Segal. A Kleinian approach to clinical practice*. London: Free association Books.
- Torres, A. (2017). *Las 3 fases de la Vejez y sus cambios físicos y psicológicos*. *Psicología y Mente*. Recuperado el 10 de agosto de 2017, de <https://psicologiaymente.net/psicologia/fases-de-vejez>
- Van de Sande, J. (2013). *Adventures of the Old Narcissus. On Psychoanalytic Psychotherapy for Seniors, EFPP Psychoanalytic Psychotherapy Review*, 6, 1-10.
- Vidal, R. (2016). Vora Mort. Reflexions i vivències en un grup psicoterapèutic de gent gran que viu en una institució, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 33(1), 95-113.



#### 4. ENTREVISTAS

## ENTREVISTA A JANINE PUGET

Janine Puget

Realizada por Antonio Lorente

**P- Es un placer contar con usted y sus aportaciones para nuestra revista Pensamiento Psicoanalítico querida Janine. Antes nos gustaría, en primer lugar, que nos diera unas breves referencias de usted a nuestros lectores, coméntenos algo de su recorrido y que puntos fueron para usted, digamos, cruciales en su destino como psicoanalista especialmente interesada en lo vincular.**

R- Definirse como para que los lectores puedan ubicarme dentro del estamento científico e institucional psicoanalítico no es fácil. Seguramente es una costumbre académica dar algunos datos, una suerte de rutina y no me doy cuenta si hoy ello sigue siendo una buena presentación. Esto es porque hoy quien quiere este tipo de datos solo tiene que apretar un botón en internet y obtendrá los famosos datos. El mundo cibernético fue ganando un lugar el que aún no sabemos de qué manera ha ido desplazando ejes que hasta este momento nos organizaban. Pese a esta advertencia quiero de todas maneras contestar algo que será mi propia manera de seleccionar los datos que hacen a mi presentación. Soy miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) y miembro titular de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA), Directora del Departamento de Pareja y Familia de APdeBA y ex codirectora de la Maestría de Familia y Pareja del Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM) de APdeBA. He recibido el premio Sigourney que se otorga a una persona como reconocimiento por sus aportes científicos y fui nombrada profesor Emérito del IUSAM. He trabajado siempre con diversos dispositivos y desde mis comienzos simultáneamente con mi formación oficial como psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) fundé la Asociación de Psicoterapia de Grupo Argentina (AAPPdeG) motivo por el cual desde muy temprano trabajé con grupos y con pacientes individuales. A lo largo de los años fui agregando a esta práctica el análisis de familia y pareja. Y poco a poco fui denominando dispositivos a esos diversos encuadres. Ello, por ejemplo, me llevó a revisar la validez del concepto de encuadre tal como fue planteado a lo largo de los años y llegué a proponer que disponemos de varios dispositivos que dan cuenta de la complejidad y diversidad de elementos que se ponen en actividad al contratarse un tratamiento analítico o sea una relación entre dos o más sujetos. Y ahora volviendo a lo que comencé a decirles acerca del valor de los datos para conocer a una persona fui llevada a proponer que conocer a alguien es muy complejo dado que en cada dispositivo en el que nos encontramos se va creando el sujeto de ese vínculo que no es el mismo que el sujeto y su mundo interior. Y acá entonces entra la idea de sujeto múltiple.

**P- Háblenos por favor de sus maestros del psicoanálisis y que marca dejaron en usted.**

R- Es posible que haya influido en mi formación el Dr. Pichon Riviere del cual fui su secretaria hasta orientarme hacia mi formación como psicoanalista. Pero dado que este profesor tenía una particular manera de proveer conocimientos en general en grupos y, pese a ser su secretaria, podía participar de esos grupos donde aprendí que la relación entre varios otros es una permanente fuente de inquietudes a lo que se agrega el placer de aprender. Otros y muchos fueron los autores que me interesaron a lo largo de los años a los que fui dejando cada vez que me encontraba en mi clínica con obstáculos que no podía resolver con lo ya aprendido.

Obviamente que los haya dejado no quiere decir que no sigan siendo importantes y estén de alguna manera en mi corpus teórico. Pero poco a poco me aboqué a uno de los problemas a los que comencé a mencionar que era el de tratar de entender por qué un sujeto ocupado con su mundo interior no es el mismo que el que se encuentra en una situación vincular. Llegué entonces a proponer que nos vamos constituyendo simultáneamente en diversos contextos vinculares que no se articulan entre si y que tienen cada uno su propia lógica. Y que muchos de ellos se superponen sin anularse.

**P- Entonces desde donde convendría mirar el psicoanálisis, es decir qué autores y qué referencias teóricas a su entender habría que tener en cuenta en la actualidad.**

Es difícil dar una lista de autores pero de todas maneras recomiendo los libros de Isidoro Berenstein, los libros de Julio Moreno, los míos escritos con Isidoro Berenstein y sola, los de autores argentinos que si bien cada uno maneja su propio marco referencial todos toman en cuenta lo que llamamos Lo vincular. Pero hoy además creo necesario pedir ayuda a filósofos que vienen dándonos acceso a una visión de las relaciones humanas que nos abre la mente. Estos son por ejemplo Arendt, Deleuze, Foucault, Guattari, Agamben, Badiou, Esposito, Ranciere y tal vez si tienen mi libro cuyo título es "Subjetivación discontinua y psicoanálisis" encontrarán ahí una larga bibliografía que ha sostenido mis investigaciones.

**P- ¿Por qué un psicoanálisis vincular?**

R- Esto es una muy buena pregunta y tiene que ver con lo que vengo diciendo. Tenemos que ir conociendo los problemas que se suscitan al pensar el sujeto como sujeto múltiple. Y si bien Freud creó el psicoanálisis al darse cuenta por ejemplo que su presencia como sujeto otro modificaba el material, en aquel entonces incluyó este descubrimiento en la línea de lo que fue llamando transferencia. Pero hoy poco a poco fui concibiendo que en un vínculo pasa algo más que no puede ser leído dentro del contexto de la teoría de la transferencia-contratransferencia. Esto es porque el otro de la transferencia está percibido dentro del marco de los juegos identificatorios y por ende su alteridad está puesta de lado. En cambio el otro en un vínculo no pierde su alteridad, su ajenidad creándose entonces un espacio entre dos que va ser irreducible y fuente por un lado de riqueza y creatividad y por otro lado de inquietudes y conflictos propios. Lo vincular alude a esa entidad que se ocupa de lo que va sucediendo en la relación entre dos o ms signada por la existencia de un espacio entre dos que no solo no se puede evitar sino que a medida que se intensifica la relación, el espacio entre dos se agranda. Esto es lo que no soportan las parejas que pretenden que cuando más tiempo pasa la relación no debiera producirles sorpresas porque supuestamente se conocen. De donde hay que analizar el mito que sostiene la creencia que cada vez se conoce más al otro. Quiero agregar que lo vincular no tiene traducción ni al francés ni al inglés y que un autor americano, Greenberg<sup>1</sup>, decidió entonces que ello es un término de quienes viven en el río de la Plata, América del Sur y que debe ingresar en el vocabulario psicoanalítico.

<sup>1</sup> Greenberg J. (2012). "Editor's Introduction" en *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol. LXXXI, Number 3, pp. 527-530.

**P- ¿Es posible considerar lo vincular como un nuevo paradigma dentro del psicoanálisis?**

R- Como comencé a decirlo desde mi cuerpo teórico lo vincular es un nuevo paradigma y como tal abre un territorio muy complejo que tiene que ver con destronar de su lugar privilegiado al determinismo sin por ello abandonarlo y dar lugar a un presente que crea su propia historia y que está regido por el Principio de Incertidumbre. Dar lugar también a un espacio entre dos del cual nace una producción subjetiva propia a cada vínculo.

**P- En algún momento usted ha sostenido la dificultad en el encuadre clásico para algunos problemas que no modifican ¿Dónde se encuentran estos límites?**

R- No sabría plantear esto pudiendo delimitar límites. Pero uno de ellos es el que descubrimos cuando vemos que la productividad vincular se ve estéril.

P- En los últimos tiempos estamos asistiendo a cambios y transformaciones en las familias más allá de la estructura clásica del Edipo y de las formas que de ella se derivan. ¿Qué lugar y que puede aportar el psicoanálisis ante este devenir y sus nuevos discursos?

Precisamente este es uno de los temas...tenemos un concepto de familia en tanto estructura para la cual se inventaron las distintas maneras de conceptualizar los problemas muchas veces a partir de las vicisitudes del complejo de Edipo. Pero hoy tenemos que pensar que para que haya familia tienen que desarrollarse funciones parentales que no dependen ni de la edad ni del sexo de los participantes, que no son fijos y que dependen de un hacer entre varios. No necesariamente la función paterna o materna tiene que ser ejercida por quienes físicamente podrían atribuírsela. Y esto tal vez lo aprendimos tanto por la clínica como por lo que nos enseñaron las nuevas generaciones y las nuevas formas de familia. Esto para los muy jóvenes de hoy les parece natural pero tal vez no sea tan fácil para las generaciones que fueron criadas con un marco referencial estructural. O sea que la realidad social se viene imponiendo y al hacerlo nos obliga a revisar nuestras hipótesis, lo que no siempre es fácil.

**P- ¿Se plantea usted modificaciones técnicas ante estas nuevas formas de declinación de la familia?**

R- Yo no hablaría de declinación sino de nuevas formas de familia. Y entonces ello nos lleva a implementar una nueva forma de escuchar y sobre todo de leer lo que está sucediendo, o sea no solo pensando en la castración y la falta sino pensando en que la alteridad de cada uno es siempre un exceso, algo que no estaba y muchas veces no tiene cabida y que ello despierta sus propios conflictos. Hoy y a manera de síntesis pienso que disponemos de diferentes corpus teóricos que se superponen y uno de ellos se basa en lo clásico o sea que vivimos tratando de elaborar los efectos de la castración y de la falta, la incompletud del sujeto humano, y otro que es el que tiene en cuenta que la realidad, el otro con su alteridad nos enfrenta con las consecuencias de tener que alojar lo que nos excede a fin de ir habitando los diferentes espacios en los que nos movemos. Evidentemente cada una de las preguntas que me han hecho merecería un desarrollo más amplio pero he tratado de darles las bases que permiten mirar las relaciones humanas desde diferentes vertientes.

## INTERVIEW WITH JEANNE MAGAGNA

Jeanne Magagna

By Natalia Larraz

### BRIEF CURRICULUM REVIEW OF JEANNE MAGAGNA

Jeanne Magagna, child, adult and family psychotherapist received her doctorate from a joint program of the University of East London and the Tavistock Clinic. Recently she has served as the Head of Psychotherapy Services at Great Ormond Street Hospital for Children, Consultant Psychotherapist at the Ellern Mede Centre for Eating Disorders and Consultant to Family Futures Adoption and Fostering Consortium.

Her professional interests include preventative work with infants, eating disorders, self-harm. She has taught and supervised, either in person or by Skype, on most continents. Her publications include editing or jointly editing *Universals of Psychoanalysis*, *The Silent Child: Communication without Words*, *Intimate Transformations; Babies with their Families*, *Psychotherapy with Families*, *Being Present for Your Nursery Age Child* and *Creativity and Psychotic States in Exceptional People*. Jeanne was one of the founders of Centro Studi Martha Harris child psychotherapy trainings in Florence and Venice, Italy.

**P- It's a pleasure for us, dear Jeanne, to interview you for our review "Thinking Psychoanalytically". Before going into the proper interview, we would very much like if you could please give our readers some brief references of your professional background and the most important milestones you could signal in your itinerary and destiny as a child and adolescent psychoanalyst and your interest in couple and family psychoanalysis.**

R- My life has been like a flowing river in which opportunities presented themselves, I took them, and journeyed into my own unconscious and tried to understand the unconscious of others in many unexpected ways. For example, I went to the University of Wyoming basketball tournament with a high school friend when I was 13. While there I sat in on two of her sister's university lectures: Freud's Interpretation of Dreams and A class on Poetry. I believe it was the Poetry of Emily Dickinson, for afterwards I memorized her poem, "I am nobody, who are you?". Subsequently as a result of being inspired on this occasion, I studied Literature and Psychology in University.

Before going to university, I applied for a scholarship as an exchange student. Aged 17 I spent 9 days on a student ship which eventually took me to Holland. Holland was so very different from Rock Springs, Wyoming, the small coal mining village in the USA desert where I lived. I was fascinated by Europe, the paintings in the museums, Most of all, though; I fell in love with the ocean which I saw for the first time: the sea... a living, unexplored body, like the unconscious. Finally I studied child psychotherapy at the Tavistock Clinic in London. This choice of career occurred after I had been teaching nursery age children in a Headstart Programme for very deprived immigrant children. I had become very puzzled by the meaning of children's play which I witnessed in normal children. I wondered why this play was so different from that of and while contrasting it with that of an autistic child with whom I worked. While training at the Tavistock Clinic to become a child psychotherapist, I began psychoanalytic couple and family work with Sally Box and Ronald Britton. We wrote the book, "Psychotherapy with Families" at that time. At this time I was riveted by all the psychoanalytic ideas and



particularly those relating to Wilfred Bion's and Pierre Turquet's group relation events in which I participated. I also trained with John Byng-Hall as a family therapist. He allowed me to use my child psychotherapy understanding to allow spontaneous children's play in the sessions with parents.

**P- Who were the most outstanding teachers you had that influenced your thinking? Which are most important ideas in psychoanalysis, with this I mean authors and theoretical models that you think should guide our clinical work nowadays?**

R- When I went to the International Psychoanalytic Association Conference, I heard Dr. Herbert Rosenfeld speak. I was impressed with his compassion and intuition, but unconsciously I believe I associated him with my beloved Tyrolean grandmother. I had to wait many years for him to have a space for me to have psychoanalysis with him, but it was well-worth it. He was an inspiring analyst who transformed my sense of myself and supported my work with psychotic children. His thoughts on the omnipotent destructive part of the personality and the countertransference responses of the analyst in Impasse and Interpretation were crucial in informing my psychotherapeutic work. Dr. John Steiner was a most inspiring teacher for several years as he explored with the group first how they felt hearing a clinical presentation, then allowed the group 'to think' about the session. He emphasised fostering thinking in the group before imparting his own ideas and everyone appreciated his teaching method of promoting the use of the "working group".

I suppose that adding to my list of outstanding teachers and supervisors would be John Bowlby, Martha Harris, Esther Bick, Donald Meltzer and Anne Alvarez.

They had a major impact on my work as a child, adult and family psychotherapist. I believe parental work should accompany every child's individual psychotherapy and certainly Bowlby was the first person to emphasize how much we needed to ameliorate problems in the family context in which the child lived.

I feel baby observation is an essential learning tool for all couple, family and individual psychotherapists for one moves beyond symptoms and find a narrative which gives meaning to the child's need for this or that particular symptom. One develops empathy for the Ghosts in the Nursery described by Selma Fraiberg. I believe providing structure, nurture, the capacity to understand non-verbal communication is important parental work for all parents and I am currently working with Tempo Lineare Nursery in Rome where parents come two hours a week for their children, parents' groups and observation groups to work together to develop their capacities to observe and understand their children. This is excellent preventative work for children. We write about this in *Being Present for Your Nursery Age Child*.

**P- Why do you think that infant observation is important? Do you think that life within the uterus is a first step that can influence the baby's life in the outside world?**

R- Rita Sobriera Lopes and Nara Caron in May 2017 will publish a book describing observations of the baby inside the uterus for nine months and following the observations for the first few years of life. There is no doubt that the emotional relationship between the couple creates "A Couple's Cradle" (Magagna, 2017, in Spanish) that promotes the well-being of the baby or disturbs the physical and emotional life of the baby in utero. The importance of the father in supporting the mother's pregnancy and the importance of each parent's internalised couple in influencing emotional and physical development in the womb is clear. The brain becomes structured partly in relation to the cortisol secreted as a result of the stress within the couple and

within the mother. I would suggest infant observations made by secondary school pupils in such activities as “Baby Watching” which is occurring in England and Germany, would promote much more respect for the baby and awareness of the baby’s meaningful non-verbal communication with the family members. I would also suggest that groups for parents unsuccessful in their attempts to conceive have a major impact on conception. Subsequent groups for mothers and fathers involving baby observation are keys to preventative mental health work on a massive scale through schools, nurseries and mental health clinics. The parents in Tempo lineare very much appreciated this experience of observing and understanding play of their children. The children’s creativity was greatly enhanced by the parents’ attentive and understanding gaze.

**P- What are the type of sufferings and pathologies that you find mostly in children nowadays?**

R- Psychiatric classification of symptoms seems to distance one from the love and hate, hurt and anger which children experience in themselves and others. Locating a symptom in a child helps one deny the fact that the conception of a child is accompanied by the parents’ emotional and physical care and concern for that child. I believe the child’s sadness, hurt and subsequent anger as well as the child’s innate incapacity to bear frustration needs to be understood in relation to The Couple’s Cradle of Concern (Magagna, 2014). Maud Mannoni in *The Child, The Illness and Others* makes clear how the distressed, infantile part of all family members can interact with the referred child’s inner mental life.

Zinner and Shapiro’s article “Projective Identification in Families” shows different ways in which family projections are carried by all family members.

Anorexia nervosa, suicide and self-harm, attention deficit disorder can all be understood both in terms of family relationships and internalize family relationships. I would favour a Trialogue Collaboration between parents/teachers and psychotherapists. We have not paid enough attention to this trialogue of people with whom the child interacts. In the absence of an emotionally containing family, the teacher and school counsellor could work together to greatly enhance the child’s emotional development. Gradually finding non-threatening ways (For example, the Australian “Feed and Read Programme”, to connect with the parents could allow couple to feel deeply engaged with the school in improving their child’s physical, emotional life. Hopelessness, children’s despair, alongside suicide, self harm and eating disorders has increased. Denial of the children’s pain which involves merely talking about “symptoms” is a reflection of denial that professionals use to avoid the meaning behind the child’s symptom formation. Professionals need to help everyone develop better parental functioning which involves each parent in understanding and assisting the symptomatic child. Dr. John Bowlby’s notion that parents find it difficult to locate the best nannies and baby-sitters possible because of their jealousy of the child’s attachment to others suggests that we need to place much more emphasis on selection and education of anyone supporting the baby when the parents are absent.

I have written about the importance of the parent-nanny relationship in providing continuity and containment for the child in Sue Reid’s book *Developments in Infant Observation* (Magagna, 1997). When are children going to move from being second rate citizens’ in the hospitals and families in which they exist.

**P- In recent years we see important changes and transformations in families that differ from the classical family structure we were used to in past decades; we also face some other important changes in our society. How do you think all these changes affect the development of children? What is the contribution and the space psychoanalysis can have for children and their parents and families?**

---

R- The importance of the extended family, the mother and father, to foster the best possible development for the child has diminished. In its place is the need for status through a job and the need for money for a car, vacation, house, toys, clothes, food. Lost in 2017 societal changes is the focus on the vulnerable, dependent baby keen for security and a friendship with an alert, untired, thoughtful, intuitive, intelligent, compassionate caregiver, particularly during the first two years of life. Psychoanalysis can help the parents of today understand their own unique importance as parents for their children.

P.- What place do you think creativity can have as a means of reparation of internal damage and as a means of understanding human nature and the changes that have taken place in our communities?

Creativity and Psychotic States, the work of Murray Jackson and me (in Spanish, 2016) and *The Silent Child: Communication without Words* (in Spanish, 2015) describes how dreaming, dancing, playing, painting, dramatizing, using music and writing songs and stories can be used to creatively symbolize some of the love, hate and psychic pain and support a hopeful and meaningful relationship with oneself and the others with whom one is closely connected. The act of creating can establish a 'holding container' for the expression of hitherto unconscious feelings. As feelings become known and integrated into the personality a certain kind of internal healing becomes possible. Psychoanalytic exploration of the person's narrative through dreams, gestures and verbal communication is in itself a creative act of transforming the human personality of both the analyst and the patient.

Thank you for inviting me to discuss these ideas with you.

## REFERENCES

- Box, et al. (1981). *Psychotherapy with Families*. In S. Box., B. Copley, J., Magagna, & E. Moustaky (Eds.). London: Routledge, Kegan and Paul. Reeditado en 2015, también en castellano.
- Caron, N. and Sobreira-Lopes (2017). *Learning about human nature and analytic technique from mothers and babies*. London: Karnac.
- Jackson, M. and Magagna, J. (2017). *Creatividad y estados psicóticos en personas excepcionales*. Barcelona: Herder.
- Magagna, J. (2015). *El niño en silencio. Comunicación más allá de las palabras*. London: Karnac.
- Magagna, J. (2014). The couple's cradle. In J. Magagna, & P. Pasquini (Eds.) *Being present for your nursery age child. Observing, understanding, and helping children* (pp. 215-233). London: Karnac.
- Magagna, J. (1997). Shared unconscious and conscious perceptions in the nanny-parent interaction which affect the emotional development of the infant. In S. Reid (Ed.). *Developments in Infant Observation: The Tavistock Mode*. London: Routledge.

## ENTREVISTA A JEANNE MAGAGNA

Realizada por Natalia Larraz Rábanos.

Traducida del Inglés al castellano por Natalia Larraz Rábanos y Elizabeth Palacios García

### BREVE RESEÑA CURRICULAR DE JEANNE MAGAGNA

Jeanne Magagna, es psicoterapeuta de niños, adultos y de familia. Realizó su doctorado en un programa conjunto llevado a cabo en la Universidad de East London y la Clínica Tavistock. Hasta hace no mucho fue la Jefa del Servicio de Psicoterapia del Hospital pediátrico "Great Ormond Street". Trabajó también como psicoterapeuta asesora en el "Centro Ellern Mede" para Trastornos de la Alimentación y como asesora para el Consorcio de Apoyo a futuras familias en procesos de adopción.

Sus intereses profesionales incluyen el trabajo preventivo con bebés, los trastornos de la alimentación y las conductas autolesivas. Ha trabajado como didacta y como supervisora en casi todos los continentes en persona o por Skype. Sus publicaciones incluyen la edición o la edición conjunta de distintas obras, entre ellas: Universales del Psicoanálisis; El niño en silencio, comunicación más allá de las palabras; Transformaciones íntimas; Los bebés con sus familias; Psicoterapia con las familias; Estar presente para su hijo en la infancia y La creatividad y estados psicóticos en personas excepcionales. Jeanne es una de las fundadoras de los cursos de psicoterapia infantil del Centro de Estudios Martha Harris en Florencia y Venecia (Italia).

**P- Es un placer contar con usted y sus aportaciones para nuestra Revista Pensamiento Psicoanalítico querida Jeanne. Antes nos gustaría, en primer lugar, que nos diera unas breves referencias de usted a nuestros lectores, acerca de su recorrido y los puntos que fueron para usted cruciales en su destino como psicoanalista especialmente interesada en lo vincular.**

R- Mi vida ha sido como un río en continuo fluir en el que las oportunidades se me han ido presentando, las he ido tomando y he ido dejando viajar a mi inconsciente y tratando de comprender el inconsciente de los demás presentándose de múltiples modos inesperados. Por ejemplo, cuando tenía 13 años asistí con una amiga de estudios de secundaria a un torneo de baloncesto en la Universidad de Wyoming. Durante mi estancia allí, asistí a dos conferencias en la universidad de su hermana: Interpretación de los sueños de Freud y una clase de Poesía. Creo que acerca de la poesía de Emily Dickinson, de la que memoricé su poema: "Yo no soy nadie, ¿quién eres?". Esta fue para mí una importante fuente de inspiración que posteriormente hizo que me decidiese a estudiar Literatura y Psicología en la Universidad.

Antes de ir a la universidad, solicité una beca como estudiante de intercambio. A los 17, pasé nueve días en una reunión estudiantil que hizo que me decidiese a viajar a Holanda. Holanda era un sitio muy diferente a Rock Springs, Wyoming, la pequeña aldea minera de carbón en la que vivía en el desierto de los EE.UU. Me fascinó Europa, las pinturas de los museos, pero, sobre todo, me enamoré del océano que vi por primera vez: el mar... un cuerpo vivo, inexplorado, como el inconsciente. Finalmente estudié psicoterapia infantil en la Clínica Tavistock en Londres. La elección de esta carrera me fue posible después de haber estado enseñando a niños de guardería en el Programa Headstart para niños inmigrantes muy pobres. Me quedé muy perpleja con el significado del juego del que había sido testigo en niños sin patologías. Me preguntaba por qué esa producción lúdica era tan diferente respecto a la anterior y respecto a la de un niño con autismo con el que había estado trabajado. Mientras estaba en formación como psicoterapeuta

infantil en la Clínica Tavistock, empecé con el trabajo psicoanalítico de familias y parejas con Sally Box y Ronald Britton. En este momento fue cuando escribimos el libro *Psicoterapia con Familias*. Por aquel entonces me sentía atravesada por todas las ideas psicoanalíticas y particularmente, por los eventos grupales y relacionales de Wilfred Bion y Pierre Turquet en los que participé. También me formé con John Byng-Hall como terapeuta familiar, lo que me permitió utilizar mi comprensión como psicoterapeuta de niños para permitir en los niños el juego espontáneo durante las sesiones con sus padres.

**P- Háblenos por favor de sus maestros del psicoanálisis y que marca dejaron en usted. Desde dónde convendría mirar el psicoanálisis, es decir, qué autores y qué referencias teóricas a su entender habría que tener en cuenta en la actualidad.**

R- Cuando escuché al Dr. Herbert Rosenfeld en una conferencia que impartió en la Asociación Psicoanalítica Internacional me impresionó su compasión e intuición, creo que inconscientemente lo asocié a mi amada abuela tirolesa. Tuve que esperar muchos años para que él tuviera un espacio de psicoanálisis para mí, pero valió la pena. Él era un analista inspirador que transformó el sentido que tenía de mí misma y apoyó mi trabajo con niños psicóticos. Sus pensamientos sobre la parte omnipotente y destructiva de la personalidad y las respuestas contratransferenciales del analista en *Impasse e Interpretación* fueron cruciales para formarme en mi trabajo psicoterapéutico. También el Dr. John Steiner fue un maestro muy inspirador para mí durante varios años mientras, en primer lugar, exploraba con el grupo cómo se sentían al escuchar una presentación clínica y, posteriormente, permitía al grupo “pensar” sobre la sesión. Fomentó la capacidad para el pensamiento en el grupo antes de impartir sus propias ideas y su método de enseñanza ha sido muy apreciado por promover en el grupo el estado mental de “grupo de trabajo”.

Supongo que he de añadir a mi lista destacados maestros y supervisores como John Bowlby, Martha Harris, Esther Bick, Donald Meltzer y Anne Alvarez. Todos ellos tuvieron un gran impacto en mi trabajo como psicoterapeuta tanto de niños, como de adultos y de familia. Creo que la psicoterapia individual de cada niño ha de ser acompañada por el trabajo de sus padres y, sin duda, Bowlby fue la primera persona en enfatizar la necesidad de mejorar los problemas en el contexto familiar en el que vivía el niño.

**P- ¿Por qué la observación de bebés? ¿Podríamos pensar en la vida uterina como un primer paso del vínculo del bebé con el mundo exterior?**

R- Siento que la observación del bebé es una herramienta de aprendizaje esencial para todos los psicoterapeutas de familia y de pareja y para los interesados en la psicoterapia individual porque uno se mueve más allá de los síntomas y encuentra una narración que da sentido a la necesidad del niño en la expresión de un síntoma en particular. Uno desarrolla la empatía por los Fantasmas Infantiles, como describió Selma Fraiberg. Creo que la estructura, la educación, la capacidad de entender la comunicación no verbal es un trabajo importante para todos los padres. Actualmente estoy trabajando con *Tempo Lineare Infantile* en Roma, donde los padres vienen dos horas a la semana con sus hijos. En dichos encuentros se llevan a cabo grupos de padres y grupos de observación para trabajar juntos, con el fin de desarrollar la capacidad de observación y comprensión de sus hijos. Este es un excelente trabajo preventivo para los niños. Escribimos sobre esto en *Estar presente para su hijo en la infancia*.

Rita Sobriera Lopes y Nara Caron en mayo de 2017 publicarán un libro describiendo observaciones de bebés dentro del útero durante los nueve meses y continuando dichas

observaciones durante los primeros años de vida. No hay duda de que la relación emocional entre la pareja crea La cuna de la pareja (Magagna, 2014) que promueve el bienestar del bebé o perturba la vida física y emocional del bebé en el útero. La importancia del padre en el apoyo durante el embarazo de la madre y la importancia de la pareja internalizada de cada padre para influir en el desarrollo emocional y físico en el útero es clara. El cerebro se estructura parcialmente en relación con el cortisol secretado como resultado del estrés interno de la pareja y de la madre. Mi sugerencia es que las observaciones de niños puedan ser realizadas por alumnos de secundaria en actividades tales como "Baby Watching" que se realizan en Inglaterra y en Alemania. Dichas actividades promoverían mucho más respeto y mayor conciencia por el bebé debido a que la comunicación no verbal con los miembros de la familia es muy significativa para el bebé. También sugeriría que los grupos de padres que no han tenido éxito en sus intentos de concebir bebés experimentan un impacto importante durante la concepción. Los grupos subsiguientes para madres y padres que participan en la observación del bebé, son claves para el trabajo preventivo de salud mental a través de escuelas, guarderías y clínicas de salud mental a escala masiva. Los padres de los grupos de Tempo Lineare han apreciado mucho la experiencia de observar y comprender el juego de sus hijos. La creatividad de los niños se ha visto promovida de un modo muy importante por la mirada atenta y comprensiva de sus padres.

**P. ¿Qué tipo de patologías podemos ver con más frecuencia en la infancia de hoy en día?**

R- La clasificación psiquiátrica de los síntomas parece distanciarse del amor y del odio, del dolor y de la ira que los niños experimentan en sí mismos y en los demás. Encontrar un síntoma en un niño ayuda a negar el hecho de que la concepción de un niño está acompañada por el cuidado emocional y físico de los padres y la preocupación por ese niño. Creo que la tristeza del niño, el dolor y la ira subsiguiente, así como la incapacidad innata del niño para soportar la frustración, deben entenderse en relación con La cuna de la pareja (Magagna, 2014). Maud Mannoni en El niño, la enfermedad y los otros, deja claro cómo la parte infeliz de todos los miembros de la familia puede interactuar con la vida mental interna del niño designado como enfermo. El artículo de Zinner y Shapiro Identificación proyectiva en las familias muestra diferentes maneras en la que las proyecciones familiares son soportadas por todos los miembros de la familia.

La anorexia nerviosa, el suicidio y la autolesión, el trastorno por déficit de atención, se pueden entender tanto en términos de relaciones familiares como de relaciones familiares internalizadas. Yo estaría a favor de una Colaboración Trialógica entre padres, maestros y psicoterapeutas. No hemos prestado suficiente atención a este triálogo de personas con las que el niño interactúa. En ausencia de una familia emocionalmente contenida, el maestro y el orientador escolar podrían trabajar juntos para mejorar en gran medida el desarrollo emocional del niño. Poco a poco se pueden encontrar formas no amenazadoras (por ejemplo, el Programa de Alimentación y Lectura de Australia, para conectarse con los padres, podría permitir que la pareja se sienta profundamente comprometida con la escuela para mejorar la vida física y emocional de su hijo). Hablar simplemente de "síntomas" implica la negación del dolor de los niños, es un reflejo de esta negación la que los profesionales utilizan cuando se evita dotar de significado a esa formación de síntoma que se expresa en el niño. Los profesionales deben ayudar en el desarrollo de la función paterna, lo que implica mejorar la comprensión y la ayuda a cada padre para que pueda entender a ese niño que aparece como portador de un síntoma. La noción de la dificultad de los padres de encontrar los mejores canguros posibles se debe a los celos que experimentan ante el apego que sus hijos pueden desarrollar con otros. El Dr. John Bowlby ha sugerido la necesidad de poder poner mucho más énfasis en la selección y en la educación de las personas que van a cuidar a

un bebé cuando sus padres se ausentan. En el libro *Desarrollos en la observación infantil* de Sue Reid (Magagna, 1997), he escrito acerca de la importancia de la relación entre padres y canguros (cuidadores de bebés y niños) ya que deben poder proporcionar continuidad y contención al niño ¿Cuándo dejarán de ser los niños "ciudadanos de segunda categoría" para pasar a ser "ciudadanos de primera categoría" tanto en los hospitales como en las familias en las que hay niños?

**P- En los últimos tiempos estamos asistiendo a cambios y transformaciones en las familias que van más allá de la estructura clásica de familia nuclear, así como cambios en la sociedad ¿Cómo puede afectar esto al desarrollo de un niño? ¿Qué lugar y qué puede aportar el psicoanálisis ante este devenir y sus nuevos discursos?**

R- La importancia de la familia extensa, aquella en que se cuenta con una madre y un padre, para fomentar el mejor desarrollo posible para el niño, ha disminuido. En su lugar, existe la necesidad de desarrollar un estatus laboral y la necesidad de conseguir dinero para adquirir un coche, unas tener vacaciones, una casa, juguetes, ropa, comida. En 2017, junto a los cambios sociales, pensamos que se ha perdido la importancia que se le debe conferir a la vulnerabilidad del bebé. Se trata de un ser dependiente que busca seguridad, junto a un cuidador que amigablemente debe funcionar en estado de alerta, incansable, nunca distraído, con intuición, inteligencia y compasión, todo esto particularmente durante los dos primeros años de vida. El psicoanálisis puede ayudar a los padres de hoy a entender la importancia que tienen como padres para sus hijos.

**P-¿Por qué se podría ver la creatividad como un proceso para reparar el sentido interno del daño y se puede utilizar para entenderse o huir de uno mismo?**

R- Creatividad y estados psicóticos en personas excepcionales, obra de Murray Jackson y mía propia (Jackson & Magagna, 2017) y *The Silent Child: Communication without Words* (en castellano, *El niño en silencio. Comunicación más allá de las palabras*, Magagna, 2015) describe cómo soñar, bailar, jugar, pintar, dramatizar, usar música y escribir canciones e historias, puede ser usado para que, de modo simbólico, se pueda representar creativamente algo del amor, del odio y del dolor psíquico, promoviendo una relación esperanzadora y plena de significado con uno mismo, con los otros y con quien uno está estrechamente conectado. El acto de crear puede establecer "un contenedor que pueda contener" y que permita la expresión de sentimientos que hasta el momento eran inconscientes. A medida que los sentimientos se vuelven conocidos y se van pudiendo integrar en la personalidad, se va haciendo posible un cierto tipo de curación interna. La exploración psicoanalítica de la narrativa de cada persona a través de los sueños, la gestualidad y la comunicación verbal es en sí misma un acto creativo que transforma la personalidad humana, tanto la del analista como la del paciente. Gracias por invitarme a compartir estas ideas con ustedes.

Jeanne Magagna



---

## REFERENCIAS

- Box, et al. (1981). *Psychotherapy with Families*. In S. Box., B. Copley, J., Magagna, & E. Moustaky (Eds.). London: Routledge, Kegan and Paul. Reeditado en 2015, también en castellano.
- Caron, N. and Sobreira-Lopes (2017). *Learning about human nature and analytic technique from mothers and babies*. London: Karnac.
- Jackson, M. and Magagna, J. (2017). *Creatividad y estados psicóticos en personas excepcionales*. Barcelona: Herder.
- Magagna, J. (2015). *El niño en silencio. Comunicación más allá de las palabras*. London: Karnac.
- Magagna, J. (2014). The couple's cradle. In J. Magagna, & P. Pasquini (Eds.) *Being present for your nursery age child. Observing, understanding, and helping children* (pp. 215-233). London: Karnac.
- Magagna, J. (1997). Shared unconscious and conscious perceptions in the nanny-parent interaction which affect the emotional development of the infant. In S. Reid (Ed.). *Developments in Infant Observation: The Tavistock Mode*. London: Routledge.



## 5. RESEÑA

## ADOLESCENCIA Y CLÍNICA PSICOANALÍTICA

Editado por Rodolfo Urribarri.

Fondo de Cultura Económica, 2016

Por Abel Fainstein. Presidente de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

La familia, la escuela, la comunidad, la sociedad en general, la política, son atravesadas por los procesos adolescentes, no solo de los jóvenes sino también muchas veces de los adultos. La relación entre padres e hijos y maestros y alumnos, la confrontación generacional, la práctica masturbatoria o la irrupción de la genitalidad que los caracterizan, se suman a problemas acuciantes de nuestras sociedades como son los embarazos adolescentes, la violencia en la escuela, o las adicciones, y a la importancia de la frecuente patologización de este período de la vida así como de la aparición de enfermedades psicosomáticas y psiquiátricas, para exigirnos profundizar en el estudio de la adolescencia.

Distintos autores han devenido ya clásicos en esta temática por lo que un nuevo aporte requiere nuevos desarrollos que articulen o cuestionen aquellos a la vez que delimiten conceptos de manera de facilitar el abordaje clínico y evitar patologizar la normalidad de la misma forma que confundir patologías. Es el aporte de esta obra.

Rodolfo Urribarri lo hace cuando nos presenta este nuevo libro que recoge su larga y profunda experiencia clínica y sus investigaciones teóricas sobre el tema.

Aporta al mejor conocimiento de no solo una etapa de la vida sino de un proceso que tiene implicancias normales y eventualmente patológicas que pueden proyectarse inclusive en la adultez, especialmente en el ámbito de la creatividad. Interesa en este sentido no solo a los especialistas en salud mental sino también a los padres, educadores, médicos en general y en especial pediatras y hebiatras, así como a todos los que tratan con adolescentes. También a los interesados en la creatividad y su relación con el proceso adolescente.

Fuertemente articulado con la clínica, cada uno de los capítulos incluye viñetas acerca de diferentes motivos de consulta más frecuentes: encierro y falta de desarrollo, trastornos alimentarios, disminución del rendimiento escolar, dificultades para estudiar, embarazo adolescente, y otros, como erecciones ante situaciones de angustia, que aunque menos frecuentes, son igualmente interesantes.

Apoyado en la temporalidad retroactiva propia del psicoanálisis, la adolescencia es definida metapsicológicamente como un proceso elaborativo que trasciende un momento evolutivo, un período etario, y que, aunque condicionado por la evolución y por la historia, tiene como eje central abordar y procesar nuevos intereses, apetencias, emociones, deseos, y formas de insertarse socialmente. Es, en este sentido, central para la estructuración del aparato psíquico y por consiguiente de la subjetividad.

A partir del estudio de la relación intersubjetiva con los padres, hermanos, el grupo de pares, la escuela, la sociedad, las instituciones, el autor hace una rica descripción metapsicológica del lugar central del Preconsciente en su rol de artífice de las modificaciones manifiestas del Yo

que se traducen en sus capacidades efectoras, cognitivas y de dominio corporal y ambiental. Se agrega su descripción del trabajo de representación, en especial del que requieren los cambios en el cuerpo durante la pubertad y los contenidos transgeneracionales para no devenir traumáticos, y que asocia a la sensación frecuente en este período de la vida de sentirse un “caso raro”.

El libro resume los conflictos y desafíos del proceso adolescente en: reapropiación del propio cuerpo, reapropiarse de su historia y apropiarse de su vida, alejándose no solo de la autoridad parental, sino también del proyecto identificatorio e ideales parentales.

Se agregan sus desarrollos sobre la latencia como paso previo imprescindible al trabajo de la adolescencia que fuera introducido por Peter Blos, y su cuestionamiento al enfoque clásico de

Arminda Aberastury y seguidores acerca de los duelos como trabajo elaborativo central en ese período. Jerarquiza en cambio el entusiasmo que genera el crecimiento y la maduración puberal por sobre los sentimientos de pérdida y habla entonces de lo que el adolescente deja, resigna, cambia, se transforma.

En algunos casos se agrega el percibir que su desarrollo genera tristeza y vacío en sus padres, y esto es tema de un apartado especial donde describe la necesidad de éstos de cambios intrapsíquicos, duelos y reacomodaciones conductuales en cada uno de ellos y en la pareja conyugal ante la pérdida del hijo ideal anhelado. Esta desidealización del self y del objeto es la que puede confundirse con procesos de duelo.

Desarrolla así un modelo basado en los “trabajos psíquicos” que suponen los procesos adolescentes, sus procesos de simbolización, identificatorios y desidentificatorios, de resignación y de duelo, que usamos cotidianamente con fines diagnósticos y terapéuticos en la clínica con adolescentes y más recientemente para poder abordar patologías así llamadas actuales, que, como la fronteriza, suponen trastornos en la conformación del Yo.

También para entender como la problemática latente, puberal o adolescente puede ser determinante traumático de patología adulta, trastornos del carácter y relaciones de pareja, lo que extiende el interés por el libro más allá de los especialistas en esta etapa de la vida. Interesantes ejercicios de análisis aplicado de las biografías de Heinrich Schlieman y Wilfred Bion, así como de obras de A. Rimbaud y C. Baudelaire, estos dos últimos escritos en conjunto con Eduardo Mandet, ejemplifican el impacto de la latencia y adolescencia en la adultez, mostrando vicisitudes traumáticas y en algún caso trágicas que a la vez generaron una apertura creativa que les hizo destacarse en sus proyectos.

Para terminar, aunque el libro admite la lectura de capítulos por separado, siguiendo el interés momentáneo del lector por alguno de los temas, tiene un ordenamiento que permite ir desarrollando distintos aspectos del tema central. Está escrito en forma clara y didáctica, en el que el diálogo con otros autores permite un trabajo acerca de las convergencias y divergencias sobre el tema. Aunque el libro admite la lectura de capítulos por separado, siguiendo el interés momentáneo del lector por alguno de los temas, tiene un ordenamiento que permite ir desarrollando distintos aspectos del tema central.

Estoy seguro que junto a los significativos epígrafes, y la rica y actualizada bibliografía, este libro satisfecerá las expectativas del especialista deseoso de profundizar en las cuestiones de la adolescencia, o del simple lector interesado en estos temas.



## 6. MONOGRAFÍA

## EL PSICOANÁLISIS AL ALCANCE DE TODOS

Fanny Elman Schutt<sup>1</sup>

Miembro Adherente de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y Miembro Invitado de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM).

### RESUMEN

La propuesta de la autora es transmitir de manera sintética lo esencial del pensamiento freudiano. Explica de manera clara en que consiste el psicoanálisis en paralelo a la trayectoria de su creador. Se define el psicoanálisis como un método para cuya utilización se recurre a diversas técnicas y en base a las experiencias producidas se va construyendo una teoría del funcionamiento psíquico. Esta teoría se constituye en dos grandes etapas que corresponden al desarrollo de la primera y segunda tópicas.

### PALABRAS CLAVE

Interpretación, pulsión, transferencia, elaboración, narcisismo, construcción

### ABSTRACT

The proposal of the author is to convey in a synthetic way the essential of Freudian thought, trying to explain clearly what psychoanalysis is in parallel with the trajectory of its creator. Psychoanalysis is defined as a method whose use is resorted to various techniques and based on the experiences produced is built a theory of psychic functioning. This theory is constituted in two major stages that correspond to the development of the first and second topics.

### KEYWORDS

Interpretation, drive, transference, working-through, narcissism, construction

---

<sup>1</sup>Correspondencia: Fanny Elman Schutt Calle Careluega, 45. 28033 Madrid. Teléfono: 913-838-781.E-mail: fannyelman32@gmail.com

## EL PSICOANÁLISIS AL ALCANCE DE TODOS

### 1. INTRODUCCIÓN

Durante 40 años, a partir de mi llegada a España desde Argentina en 1976, en mi condición de médica-psicoanalista, decidí dedicar una parte importante de mi tiempo de trabajo profesional a realizar grupos de estudios sobre la obra de S. Freud.

Distaban unos diez años para que Laplanche reclamara un retorno sobre la obra de Freud, ante el apogeo del lacanismo, el cual traía aparejado que las referencias freudianas en la obra de Lacan se consideraran suficientes. Las escuelas lacanianas se denominaban freudianas, pero la lectura de los textos freudianos no era lo prioritario. Tampoco en las sociedades oficiales lo fueron durante el apogeo anglosajón de los años '50 y '60. Durante los primeros semestres de los Seminarios se estudiaba anárquicamente algunos textos freudianos como una especie de derecho de piso para pasar en los tres Seminarios siguientes a estudiar a la escuela kleiniana y a muchos otros autores de desigual valor. Con mis grupos de estudio en España no había que retornar sino simplemente partir. Los grupos freudianos adquirieron pronto un gran prestigio y por ejemplo el Colegio oficial de Psicólogos de Barcelona me ofreció entonces sus instalaciones y todo su apoyo para desarrollar en base al modelo de trabajo en grupos cursos de cuatro años de duración muy accesibles para todos los psicólogos de Cataluña.

En cuanto a mi obra escrita, privilegié como objetivo prioritario rescatar un material muy poco conocido, excluido de las obras completas, como fue la colaboración de Freud con un experto en política internacional, William Bullitt, en un trabajo, nada menos, que sobre un presidente norteamericano de gran notoriedad por haber firmado el Tratado de Versalles al final de la Primera Guerra Mundial: el Presidente Woodrow Wilson. En base a ese material que me había atraído mucho, decidí escribir un libro que se publicó finalmente en el año 2005, con el título *La Fascinación del Líder* (Elman Schutt, 2005).

Pretendo en el presente texto responder al desafío de lograr en el mínimo de páginas posibles dar cabida a lo esencial del pensamiento freudiano, poniéndolo a disposición de cualquier persona que no necesariamente tenga estudios previos en la materia.

Comenzaré y seguiré un cierto rigor cronológico, pero poniendo más de relieve las ideas más importantes al igual que sus transformaciones, para lo cual, en algunos momentos retrocederé temporalmente, para no perder ciertas ligazones y seguir mejor la sucesión de los descubrimientos freudianos.

Me propuse, además, un texto que no abunde en citas de otros autores, reduciéndolas al mínimo, aunque las que considero aportaciones más importantes fueron incorporadas naturalmente, pues la visión actual no puede ignorarlas y complementan muy bien las ideas originales.

Notarán que le doy el lugar que considero indispensable al contexto político-social en el cual todas las ideas se han producido. No es lo mismo lo que Freud escribe en 1900, 1910, en 1920 o en la década del 30. Tampoco es igual la trascendencia del psicoanálisis en la posguerra como lo he de consignar explícitamente más adelante, como el que recibió el impacto del 1968 francés.

El psicoanálisis con Freud a la cabeza fue sobre todo vienés, mientras que en la posguerra será

dominantemente anglosajón, y luego, pasará a manifestar una fuerte influencia francesa, pero además es fundamental la progresiva mayor expansión del psicoanálisis iberoamericano en lengua castellana.

Todos estos movimientos estuvieron presididos por el retorno a las fuentes freudianas.

Se puede decir que nada de lo acontecido en todos los órdenes del conocimiento se ha mantenido ajeno a la influencia del psicoanálisis primordialmente freudiano.

## 2. ¿QUÉ ES EL PSICOANÁLISIS?

En primer lugar es necesario reconocer que su creación y su historia están indisolublemente ligadas a la figura de un hombre: Sigmund Freud.

El psicoanálisis en sus fundamentos es freudiano o no es psicoanálisis. El hecho de que después de la muerte de Freud se haya adjetivado como kleiniano o lacaniano tiene relación con las aportaciones que psicoanalistas como Melanie Klein o Jacques Lacan hicieron, pero siempre basadas en ideas freudianas. Los discípulos de ambos adoptaron esa identidad, entre otros motivos, porque la obra escrita por dichos autores se circunscribía a pocos textos, mientras que la obra de Freud es muy extensa y para muchos acceder a ella resultaba una tarea ciclópea.

Además hubo cierta confusión, que ha conducido a muchos a afirmar que las ideas de Freud estarían caducadas y por lo tanto llamadas a ser sustituidas. Freud no era dogmático y él mismo fue introduciendo modificaciones a lo largo de su obra, abierta siempre a nuevos desarrollos y señaló que toda su obra constituye un camino acogedor y abierto a futuras contribuciones. Para explicar que es el psicoanálisis, veamos primero el recorrido de su creador.

Sigmund Freud nació en una aldea de Moravia, Freiberg; y se trasladó siendo un niño pequeño con su familia a vivir en Viena, capital en ese entonces del Imperio Austro-Húngaro.

Aunque con cierta nostalgia de los bosques que rodeaban a su aldea natal, desarrollo allí todos sus estudios, compartiendo en su juventud el extraordinario desarrollo cultural y artístico que tuvo lugar en esa Viena que se aproximaba al fin del siglo XIX.

Sus muy variados intereses humanísticos al comenzar su adolescencia se orientaron junto a su mejor amigo, Edward Silverstein, a la fundación de una sociedad que llamaron “Academia Española”, concebida para estudiar español y dedicarse a leer textos del Siglo de Oro en su idioma original, entre otros, los de Cervantes.

Freud tenía además grandes dotes para la investigación, puestas de manifiesto en su ciclo de estudios secundarios, antes de decidir ingresar en la carrera de medicina.

Durante dichos estudios realizó tareas de investigación de laboratorio sobre cortes del sistema nervioso, pero lo que produciría en él una gran conmoción fue su asistencia a través de una beca a las clases en París del profesor Charcot, quien producía ataques histéricos valiéndose de la hipnosis.

Luego en Nancy pudo asistir a variadas experiencias en las cuales se utilizaba el hipnotismo.

Freud presenció allí como una orden dada a una persona hipnotizada era cumplida estrictamente



por ésta, sin tener conciencia del motivo por el cual lo hacía. Por ejemplo, la orden recibida durante la hipnosis podía ser absurda, por ejemplo “abrir un paraguas en una habitación cerrada” y la persona al despertarse cumplía estrictamente la orden sin saber por qué lo hacía.

Freud se preguntaba sobre la eficacia de esa orden de la cual el hipnotizado no tenía conciencia alguna y sin embargo permanecía en su psiquismo aunque no en su conciencia ¿Dónde, pues?

En aquella época se utilizaban en las terapias psíquicas, la hipnosis, y por medio de ella, la sugestión. Ambas técnicas tan extrañas a la voluntad del paciente no convencían a Freud.

Siendo médico especialista en neurología, un colega y amigo con mucha más experiencia, el Doctor Breuer solicitó su opinión en relación a una paciente suya diagnosticada como histérica.

Dicha paciente se incorporaría a la historia del psicoanálisis bajo el nombre de Anna O.

Esta joven paciente bajo hipnosis hurgaba en la rememoración de vivencias vinculadas a la aparición de sus síntomas, y cuando esto ocurría y podía hablarlo, sus síntomas desaparecían o se modificaban. Pero además, fuera de la hipnosis, no era capaz de recordar dichas vivencias.

Ella misma comenzó a denominar a su terapia “cura de palabra” comparándola con la limpieza de una chimenea. La rememoración, además, para ser efectiva, debía ser acompañada de una intensa carga afectiva, produciendo al expresarla una auténtica catarsis.

Así nacería el método catártico que tanto Breuer como Freud utilizarían con sus pacientes histéricas, pero entre ambos, se estableció una diferencia. Freud decidió prescindir de la hipnosis, y lo consiguió, indicando a sus pacientes que se recostaran en un diván y colocándose él detrás y estimulando y luego escuchando con atención la rememoración de sus pacientes.

Anteriormente, ambos en 1893 habían publicado la comunicación preliminar *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos* (Freud y Breuer, 1976). Comunicación que sería prontamente traducida al español al despertar mucho interés en el ámbito médico de diferentes ciudades españolas como Madrid, Granada y Barcelona. Pero también entre ambos surgirían otras diferencias por lo cual Freud continuaría en solitario su labor, publicando en 1895 su obra *Estudios sobre la histeria* (Freud, 1976a) y extendería dicho estudio a otras neurosis como la obsesiva y la fóbica. Lo común a todas ellas es que los síntomas serían el resultado de un conflicto psíquico entre una tendencia inconsciente y la conciencia.

Todo el periodo que se extiende hasta el comienzo del nuevo siglo constituye la prehistoria del psicoanálisis, y este término Freud lo utilizaría por primera vez en 1896 para definir el método que utilizaba en la clínica prescindiendo de la hipnosis y de la catarsis más puramente asociativo.

El método consistía, como ya lo mencioné, en lograr, utilizando un diván y con él una posición relajada del paciente, que este pudiera hablar con la mayor libertad posible y expresar asociaciones a través de la palabra. Esto le permitiría establecer vinculaciones entre ciertos acontecimientos de la vida de dichos pacientes y los sufrimientos y malestares que les aquejaban.

El relato de estas experiencias y sus conclusiones teóricas constituye el contenido de sus estudios sobre la histeria.

Pero además Freud utilizó el método asociativo para el análisis de sus propios sueños con la intención de interpretarlos, llegando en base a este trabajo a crear el primer modelo de funcionamiento psíquico.

Cuando tuvo que definir brevemente lo que era el psicoanálisis para la Enciclopedia Británica, consideró esencial el método para luego pasar a las técnicas de aplicación del mismo y en base a todas estas experiencias construir una teoría sobre el funcionamiento psíquico.

El gran paso de gigante fue universalizar el conocimiento adquirido sobre el funcionamiento psíquico de las neurosis, penetrando en el misterio de los sueños y, en particular, de sus propios sueños.

A fin de estudiar sus sueños, utilizó la metodología asociativa, base del psicoanálisis, por lo cual *La interpretación de los sueños* (Freud, 1976b) sería la gran obra inicial de su larga trayectoria. Freud no se detiene al descubrir que el sueño recordado solo es el contenido manifiesto del mismo y que del trabajo asociativo surgen otros elementos que forman en conjunto su contenido latente. Después de transcribir el análisis de un enorme número de sus sueños, se dedica a reconstruir el trabajo psíquico productor del sueño.

Diferencia la elaboración primaria del sueño de su elaboración secundaria, inconscientes ambas en su mayor parte, pero la elaboración secundaria está más próxima a la consciencia, y es la que posibilita que al despertar el sueño pueda ser recordado, no solo en sus imágenes visuales sino pudiendo utilizar palabras para describirlas, aunque no logremos que esa versión verbal sea completa.

Esto lo conduce al capítulo séptimo de *La interpretación de los sueños* (Freud, 1976b) en el cual va a aparecer su primer modelo de funcionamiento psíquico. Una primera tópica constituida por instancias o sistemas que mantienen entre ellas una orientación espacial constante y a partir de un extremo perceptivo hasta el otro extremo motor, y entre ambos extremos se encuentra el sistema que guarda las huellas mnémicas; cuya función es la memoria y es inconsciente.

Entre el extremo P (perceptivo) y el extremo M (motor), se intercala otro sistema constituido por palabras al que se denomina preconsciente. Las huellas mnémicas que llegan a él luego de atravesar una barrera que funciona como una censura, adquieren la capacidad de hacerse conscientes, constituyendo los recuerdos a los cuales con mayor o menor esfuerzo psíquico podemos acceder. Para adquirir esa capacidad, es indispensable que la representación-cosa sustentada en huellas perceptivas que se movilizan con una energía pulsional, se transforme en representaciones-palabra. Estas últimas serán incorporadas al psiquismo en base a las palabras que oyen en su entorno y en particular las que le son dirigidas (ver figura y tabla 1).

Muchos creen que los bebés antes de hablar no entienden lo que se les dice y solo captan los gestos y, consecuentemente, con esta falsa idea no se les habla. Lo sorpresivo será para ellos es cuando el bebé pasa a ser un infante y empieza a utilizar el lenguaje que ha ido incorporando previamente.

La llamada primera tópica del psiquismo comprende un espacio inconsciente que parte del polo perceptivo, y un espacio preconsciente, en el cual, las huellas visuales serían sustituidas por representaciones palabra, lo cual culmina en el extremo consciente. Un poco más adelante se podrá ver el esquema correspondiente (ver figura y tabla 1).

En el psiquismo, toda representación se acompaña de una energía que la pone en movimiento.

Al conjunto de esa energía psíquica le llamamos “pulsión”. El concepto de pulsión siendo básico, Freud hace notar que no está aún muy definido y cuando se concentra en su estudio comienza por establecer que toda pulsión tiene una fuente que puede ser somática y una carga de excitación que la moviliza hacia su meta, que es la satisfacción.

La fuente de la pulsión puede ser una necesidad del organismo como la sed o el hambre, y en este caso se producirían pulsiones de auto conservación, que las diferencia de otras pulsiones nacidas de zonas erógenas y que constituyen las llamadas pulsiones sexuales.

Ejemplifiquemos:

El hambre de la criatura se calma con la ingestión de leche necesaria para la auto- conservación de la vida, pero no es lo mismo que se le suministre por un tubo o que la obtenga en contacto intenso con otro ser humano, como es mamando del pecho de su madre, pero también, cuando otra persona le suministra un biberón, teniendo sentimientos afectivos, porque desea fuertemente proporcionar satisfacción a ese bebé. En este último caso se ponen en juego las pulsiones sexuales, que en su sentido más amplio nacen de una disposición general del ser humano ligada a su nacimiento cuando aún no está maduro para valerse por sí mismo, y su subsistencia está estrechamente vinculada a otros seres humanos que le atienden y le satisfacen.

Freud va más allá de las descripciones que centraban el interés de los sexólogos de su época y se adentra en la esencia de la sexualidad y el valor que tiene en toda actividad humana.

De la idea simplista más difundida que asocia la sexualidad exclusivamente a actos en los que intervienen los órganos sexuales, Freud, en cambio, tiene una concepción mucho más amplia de la sexualidad. No la limita a los órganos sexuales y la extiende desde el principio de la vida y, sobre todo, le otorga un lugar muy destacado a las fantasías muy ligadas a esa psicosexualidad en las cuales se anticipan las situaciones en las que se ha producido una vivencia de satisfacción, que comienzan mucho antes de haberse alcanzado un desarrollo sexual hormonal y físico completo.

También adopta la idea de una tendencia bisexual original de la existencia, de la cual poco a poco se irá definiendo la tendencia dominante masculina o femenina y progresivamente, con ella, la identidad correspondiente.

Anteriormente Freud desarrolló muchos ejemplos que configuraron lo que denominó *La psicopatología de la vida cotidiana* (Freud, 1976c), que constituye la totalidad del tomo sexto de la edición de Amorrortu de sus obras completas. A través de este estudio, incluso aquellas personas que no recuerdan sus sueños y que a veces hasta afirman que no sueñan, pueden reconocerse en alguno de esos ejemplos cotidianos. Por ejemplo, los olvidos inesperados de nombres propios que habitualmente recordábamos sin dificultad alguna, pero también podemos de pronto tener recuerdos muy intensos de un momento determinado de nuestra infancia, a los que Freud llama “recuerdos encubridores”. En realidad, son más bien reveladores de aspectos importantes de toda nuestra infancia, siempre y cuando sean analizados y se pueda acceder así a su significación profunda. También se recogen otros ejemplos como son los deslices al hablar o lapsus linguae, que no son simplemente equivocaciones, sino, a través de ellos emerge involuntariamente algo reprimido. Por ejemplo, alguien que quiere ocultar su bonanza económica, pero al hablar y, queriendo usar la palabra prudente, por equivocación usa la palabra pudiente, que es lo que quiere ocultar y al mismo hablante le sorprende porque ese desliz es ajeno a su voluntad

consciente pero revelador de lo que realmente siente.

Freud establece dos principios opuestos entre sí que rigen el funcionamiento psíquico, como son: el principio del placer, encarnado en la vivencia de satisfacción y; el principio de realidad, que introduce transformaciones en aras de adecuaciones más convenientes a las circunstancias. Tendrán que pasar muchos años para que se introduzca en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1976s). *Más allá del principio del placer* (Freud, 1976r).

El objetivo del presente trabajo no es seguir una cronología estricta de los artículos que constituyen el conjunto de la obra freudiana, sino narrativamente incluir secuencias vitales que permitan entender e ir asimilando los fundamentos de la teoría psicoanalítica con la ayuda en algunos casos de ejemplos y esquemas.

Nos detendremos ahora en el esquema lineal a través del cual se representa un primer modelo de funcionamiento psíquico, que recibió el nombre de primera tópica. Se compone de tres instancias: inconsciente, preconscious y consciente; que se extienden desde un extremo perceptivo (P) hasta un extremo motor (M) (ver figura y tabla 1).

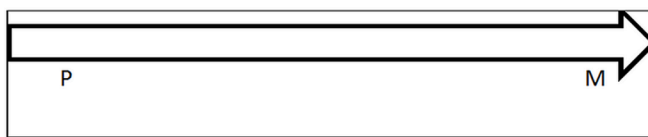


Figura 1. Primera tópica de Freud

Tabla 1. Primera tópica de Freud

| <b>INCONSCIENTE</b> | <b>PRECONSCIENTE</b>        | <b>CONSCIENTE</b>                                        |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------|
| Huellas mnémicas    | Representaciones de palabra | de Elaboración de pensamientos, juicios, sentimientos... |

Lo que percibimos se registra en principio como huellas, en general, visuales; estas huellas constan de un elemento figurativo y de una carga de excitación que es esencial, pues toda percepción registrada se acompaña de una afectividad muy primaria, más bien de tipo emocional y que demanda una respuesta acorde, la cual exige una nominación en palabras y, con ello, un cierto reconocimiento.

Para acceder a la nominación deberá pasar al sistema siguiente, al preconsciente, lo cual implica atravesar una barrera, que Freud denomina *barrera de la represión*. Pues todo lo que no atraviesa esa barrera quedaría reprimido hasta que con el desarrollo psíquico pueda avanzar en dirección a la consciencia, adquiriendo previamente en el preconsciente la nominación indispensable.

Aunque no reconozcamos aquello con lo que nos encontramos en la vida, si se conecta con alguna de esas huellas, adquirirá algún grado, aunque sea mínimo, de "familiaridad", la suficiente para no provocar horror y desestabilizar nuestro sistema psíquico.

Lo que carece de esa familiaridad se vivenciará como ominoso o siniestro y ocupará el interés freudiano en un artículo de 1919 muy recomendable (Freud, 1976r), cuyo título se ha traducido como *Lo ominoso*, *Lo siniestro* o *Lo sobrecogedor*, según las distintas traducciones

Freud desarrolla esta situación extrema no familiar o *unheimlich* en su acepción original con muchos más elementos en dicho artículo, en el cual explica este efecto al reactivarse huellas reprimidas que han constituido fantasmas inconscientes, los cuales pueden emerger imprevistamente produciendo ese sentimiento de horror inexplicable.

Esta sensación se considera una regresión involuntaria, que es el mecanismo básico del proceso del sueño, pero que si ocurre cuando uno está despierto, puede producir ese efecto siniestro.

Esto es posible durante el dormir porque disminuye la corriente continua que circula desde el extremo psíquico hasta el extremo motor y esto favorece la regresión que reaviva las imágenes visuales inconscientes, las cuales adquieren una condición alucinatoria propia del sueño.

El sueño, como ya lo consideró Aristóteles no es patológico, sería el "pensar" que se produce mientras dormimos. Cuando estamos despiertos pensamos conscientemente, pero también fantaseamos cuando movilizamos nuestros deseos e imaginamos su satisfacción.

Los deseos inconscientes, dice Freud a lo largo de su obra, (Freud 1976c), son inmortales, proceden de etapas infantiles que permanecen en su figuración primitiva reprimidos pero han dado lugar a través de diversas transformaciones a lo largo del desarrollo a todas las variantes del lenguaje y del pensamiento.

Si los estímulos perceptivos se descargaran inmediatamente como actos motores constituirían un acto reflejo. El modelo de la primera tópica demuestra que el funcionamiento psíquico es más complejo, que no es un acto reflejo, pues incluye la represión, la cual determina que no todas las percepciones que se registran como huellas atraviesen esa barrera y se unan al lenguaje verbal. Si no atraviesan la barrera, quedan inscriptas en el psiquismo como una memoria inconsciente que tiene una gran movilidad y una dinámica propia, buscando de alguna manera emerger. Si lo logran se pueden poner en contacto con las palabras y, de esta manera, constituir

un conocimiento consciente y, además, en el extremo motor pueden emitirse acompañados de sonoridad como lenguaje verbal con expresiones afectivas.

Hay que tener en cuenta que este esquema apareció en el libro de Freud (Freud, 1976b) sobre los sueños, permitiéndole explicar el mecanismo de la formación del sueño.

El siguiente paso fue ampliar el estudio de ese modelo en los trabajos que denominó “metapsicológicos” (Freud, 1976p) entre los cuales incluyó un desarrollo del concepto de inconsciente y de represión e introdujo la cuestión de las pulsiones y sus destinos. Pero Freud no se limitó a este nivel teórico, sino que comenzó a aplicar la metodología asociativa en la clínica en el tratamiento de las neurosis. Surgieron así sus principales historiales clínicos como el del “pequeño Hans” que padecía de fobias (Freud, 1976g) y que Freud estudió a través del material proporcionado por su padre, también escribió otro historial sobre un caso de neurosis obsesiva al que el trató y que pasó a la historia del psicoanálisis con la denominación de “el hombre de las ratas” (Freud, 1976h).

Por otra parte, Freud había comenzado a analizar diversos temas provenientes del campo de la cultura. Nos encontramos con su estudio sobre *El chiste y la relación con el inconsciente* (Freud, 1976d), con *El recuerdo infantil de Leonardo da Vinci* (Freud, 1976i) y *El creador literario y el fantaseo* (1907, Freud, 1976e) y otros sobre la escultura de *Moisés de Miguel Ángel* (Freud, 1976n).

Está claro que Freud, manteniendo su condición de investigador científico sobre el funcionamiento psíquico y de psicoanalista clínico, buscaba afanosamente con el psicoanálisis un instrumento capaz de indagar en el conocimiento y el tratamiento de las neurosis, pero también en muy diferentes aspectos de la cultura.

Entre los trabajos de metapsicología, Freud habría escrito un trabajo sobre la sublimación, concepto crucial según el cual un destino de las pulsiones sexuales podría ser una transformación que produce actos creativos en el plano artístico o intelectual. Dicho trabajo no se publicó, pero sí en cambio aparecieron en su obra ejemplos muy ilustrativos del mismo, como fueron sus artículos ya mencionados de creadores como Leonardo Da Vinci (Freud, 1976i) o Miguel Ángel (Freud 1976n), entre otros

Poco a poco, se va aproximando a su *Introducción al narcisismo* (Freud, 1976o) que marca un giro fundamental en su obra, dando lugar a su segunda gran ola de descubrimientos.

El término *narcisismo* surge del mito de Narciso, aquel que fascinado por el reflejo de su propia imagen en las aguas, se sumerge y se ahoga en ellas a consecuencia de una atracción irresistible que ejerce sobre él y que no le permite percibir la realidad y sus riesgos. Estaba sin saberlo enamorado de sí mismo, y esto lo arrastra a confundirse con esa imagen idealizada.

Un logro fundamental para el ser humano será pasar de ese narcisismo primordial a poder conectar con otros seres diferentes, reconocidos como tales en su alteridad, aunque en el enamoramiento súbito puede creer que ha encontrado a su ideal con ningún o muy poco reconocimiento de que ese otro es un ser diferente.

Junto con el narcisismo hace su aparición el *Yo* en la teoría, anticipando la instancia central de lo que se denominaría *segunda tópica*. El *Yo* ocuparía en relación a la primera tópica el espacio de preconscious/consciente. Lo guiara también en sus observaciones sobre la psicosis, en

particular, sobre los delirios megalómanos en el estudio basado en la transición hacia la psicosis del juez Schreber (Freud, 1976j). Al mismo tiempo, reconoce la existencia de una libido del *Yo*, de la cual se desprende una *libido objetal*.

El hecho de que todo ser humano nazca inmaduro y necesite del cuidado de otro ser para sobrevivir, de otro ser que tendrá que “amarlo”, a partir de lo cual se constituirá en el recién nacido un *Yo* cargado de libido, por supuesto, narcisista, un *Yo ideal*, a partir de la cual se irán estableciendo sus primeras relaciones con el mundo exterior, aunque en un principio no lo diferencie de sí mismo. Progresivamente lo irá haciendo antes de lo cual el *Yo ideal* representa algo así como “todo soy yo”.

Para ilustrar el comienzo de este proceso introduce la expresión “His majesty the baby” resultante de la proyección del narcisismo en el bebe que ha de ser atendido. El *Yo* se constituye se constituye así en base a ese *narcisismo primario*. El aparente amor objetal que despierta en el adulto ese recién nacido se nutre de un renacimiento del propio narcisismo.

Posteriormente, Lacan en 1949 (Lacan, 2009) ejemplificó el narcisismo primario en el momento en el cual él bebe de alrededor de unos ocho meses capta con mucha alegría su imagen en el espejo, estando en brazos de su madre o de quien le observa cariñosamente.

Freud avanza decididamente a partir del hallazgo del narcisismo en todo lo que respecta al hombre despierto hacia el núcleo fundamental de sus relaciones consigo mismo, con su imagen y, poco a poco, con lo que va a ir constituyendo su mundo interno, su subjetividad.

En 1914 comienza la Primera Guerra Mundial. Los hijos varones de Freud: Oliver, Martin, Ernest serán movilizados pero retornarán indemnes, pero será una de sus tres hijas, Sophie, y el hijo pequeño de ella, Heinele, las personas que sufrirán las consecuencias de esa guerra: morirán víctimas de una devastadora epidemia de lo que curiosamente se denominó gripe española, por supuesto, no era española ni tampoco era una gripe, sino una infección mortífera. Este fue tal vez el más doloroso momento en la vida de Freud (Gay, 1989).

Previamente, sin sospechar siquiera este acontecimiento, Freud había escrito un artículo sobre *Duelo y melancolía* (Freud, 1976q) y se había atrevido a asomarse al “provocativo misterio de la psicosis” que en su forma paranoica le ofrecían, como ya dijimos, *Las memorias autobiográficas del juez Schreber* (Freud, 1976j). Se llevó ese texto a sus vacaciones a Italia en 1910 y elaboró un trabajo sobre ese caso, detectando una regresión al narcisismo infantil, lo cual en su forma más extrema puede llevar a una psicosis. Cuando había terminado su labor en torno a Schreber y estaba analizando a un joven aristócrata ruso, Freud redactó un historial basado en ese análisis y que al girar sobre todo en torno a una pesadilla en la cual aparecían unos lobos amenazantes, lo denominó “el hombre de los lobos”, pero este importante historial recién lo publicaría después de la guerra.

Entre 1911 y 1915 Freud (Freud, 1976m) había publicado sus escritos técnicos, en los cuales describe su modalidad de trabajo clínico, sin pretender imponerlo como regla para todos, pues acepta las inevitables variaciones personales, pero establece algunos principios técnicos importantes, entre ellos, el concepto de *transferencia*.

La *transferencia*, en la práctica clínica, se define como el conjunto de sentimientos, tanto

afectivos como hostiles que el paciente experimenta hacia su terapeuta, proveniente de sus relaciones más primarias y se vinculan con las expectativas que surgen respecto de la ayuda que el paciente espera recibir en una situación personal de sufrimiento y relativo desamparo, a veces asociado a distintos grados de curiosidad o a la ambición de convertirse también en psicoanalistas.

En principio Freud la consideró una perturbación respecto al interés que el tratamiento despierta en el paciente en relación al conocimiento de sí mismo.

Una de las tareas del psicoanalista será descubrir la transferencia, reconocerla e interpretarla, pero esto último solo cuando sea indispensable para favorecer la marcha del tratamiento.

Lo más conveniente es lograr una transferencia positiva sublimada que se una a esa otra modalidad transferencial que no recae sobre el objeto sino en el pasaje de las pulsiones a las palabras, favoreciendo el pensamiento y la asociación libre.

Lo que más le importaba a Freud era no manipular la transferencia como un instrumento de sugestión sobre el paciente, porque esto lo aparta del proceso analítico.

Fue André Green (Green 2003) quien aclaró mejor la diferencia entre la transferencia objetal y la transferencia que se produce desde el juego pulsional a la verbalización.

Los escritos técnicos (1912-1916) de Freud culminan una primera etapa de grandes descubrimientos, introduciendo la técnica en esa triada, en la cual ocupa el lugar intermedio entre el método y la teoría.

El psicoanálisis es esa triada, un método del cual derivan distintas técnicas y una teoría resultante de dicha práctica.

La primera etapa técnica se puede rastrear a partir de sus *Estudios sobre la histeria* (Freud, 1976a) que pueden ser más bien consideradas como un preámbulo del verdadero comienzo que se producirá con la *Interpretación de los sueños* (Freud, 1976b). Este título marcará mucho la historia del psicoanálisis, ya que su título podía haber sido *Psicoanálisis de los sueños*, pero el término *interpretación* introducido en ese título, la convierte a la misma en algo fundamental hasta que Freud casi al final de su obra aclara esta cuestión. No es la interpretación lo más importante sino que lo es el proceso analítico en su conjunto.

Freud, en medio del duelo por la muerte de su padre, analizando sus sueños, buscaba un sentido oculto. Sin embargo, fue mucho más allá porque, en base al estudio de los sueños, pudo explicar el funcionamiento psíquico y con él crear su primer modelo, *la primera tópica*.

Por la enorme importancia y la gran difusión que tuvo el libro de los sueños, se llegó a reducir al psicoanálisis a la interpretación. Esto es sobre todo válido en el caso de los fenómenos puntuales que forman parte de la psicopatología de la vida cotidiana, como por ejemplo, olvidos, lapsus verbales, etcétera pero, en otros casos, la actividad interpretativa excesiva puede provocar cierres prematuros y limitar la libertad asociativa y la capacidad de elaboración del pensamiento, como Freud lo reconoce claramente en sus *Construcciones en el análisis* (Freud, 1976c bis), su última contribución a la técnica. Al final de esta obra reconoce que el trabajo psicoanalítico es



---

una tarea de dos, con el objetivo de construir o reconstruir una historia subjetiva auténtica y que la interpretación debe limitarse a fenómenos puntuales, en los cuales algo inconsciente irrumpe de forma involuntaria y evidente en el curso del relato del paciente.

En todo el transcurso de aquella Primera Guerra Mundial, Freud no dejó de escribir, demostrando que el psicoanálisis no es solo una teoría del psiquismo ni una modalidad de tratamiento de trastornos psíquicos, sino un instrumento extraordinario para abordar las más diversas cuestiones en las cuales intervienen seres humanos.

El psicoanálisis mismo es una creación humana, pero no solo proveniente de Freud sino del conjunto de sus pacientes, colaboradores, discípulos, críticos, continuadores, pertenecientes a su mismo ámbito o a otras disciplinas.

Es indispensable, al estudiar la obra freudiana, contextualizarla, es decir, situarla no solo en un momento determinado de su vida ni de su obra, sino de lo que ocurre en el mundo en el cual habita.

Se suele extender su “primera gran ola de descubrimientos” desde el comienzo del siglo XX con *La interpretación de los sueños* hasta todos sus trabajos escritos durante la Primera Guerra Mundial.

Si hubiera terminado su vida junto con aquella guerra, la obra que nos hubiera dejado sería ya muy valiosa para quienes deseaban seguir su camino. Afortunadamente, produciría mucho más. La posguerra marca el comienzo de su “segunda gran ola de descubrimientos” no ajenos a su etapa anterior pero, en la cual, la agresividad humana ocuparía un lugar mucho más importante que en su etapa anterior.

Con el narcisismo (Freud, 1976) había aparecido el ideal en sus dos facetas, la del *Yo ideal* y la del *ideal del Yo* y con su estudio de la melancolía se comienza a esbozar una instancia que juzga y castiga precisamente todo aquello que se aparta del ideal orientativo. Se va instalando así el concepto de *Superyó* junto al de *ideal del Yo* y con él se completa el modelo de la segunda tópica.

Así como el *Yo* ocuparía el espacio del preconscious-consciente de la primera tópica, de ese *Yo* se desprendería un *Superyó*, ambos en su mayor parte inconscientes y lo que en la primera tópica era el inconsciente, sin dejar de serlo, será mucho más todo aquello que no soy yo, y así lo rebautizará como el *Ello*, conectado también con el *Superyó*. Los límites entre las instancias son mucho menos definidos y las interrelaciones más complejas. El psiquismo en esta segunda tópica será pues, Yo, Superyó y Ello (ver figura 2).

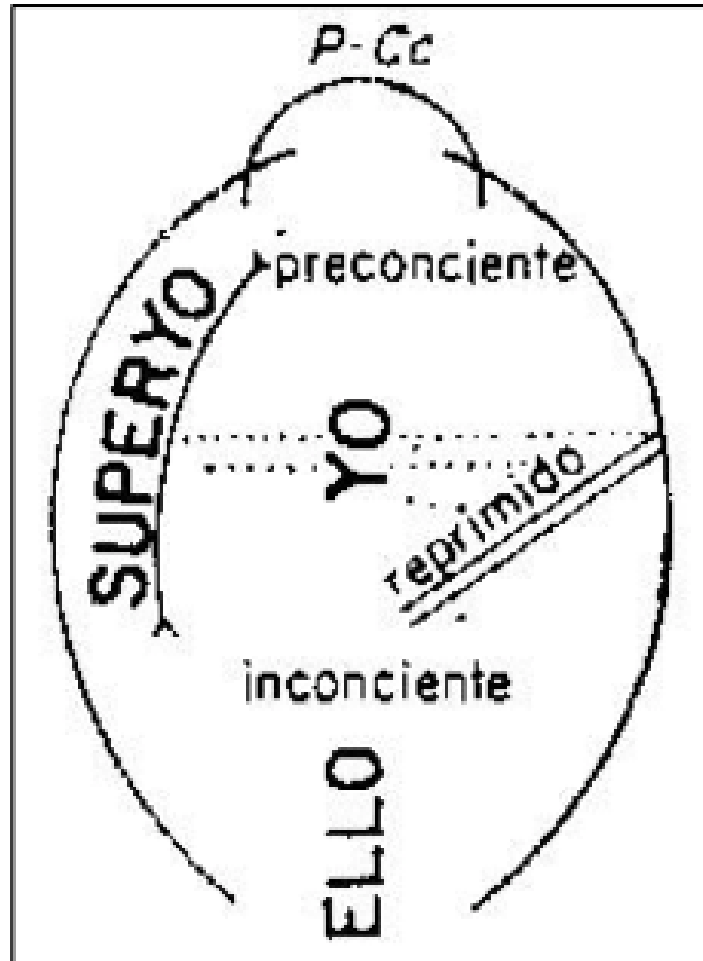


Figura 2. Segunda tópica de S. Freud

El *Yo* contiene la historia de todas las elecciones de objeto, todas las funciones del sistema consciente y preconsciente de la primera tópica. Se apodera del complejo de Edipo (el conjunto de relaciones ambivalentes con sus progenitores) y lo que no logra dominar retornará a través del ideal del *Yo/Superyó*.

El *Yo* es a la vez potente en su labor ejecutiva pero endeble en su triple servidumbre: la que mantiene con el mundo exterior, con el *Ello* y con el *Superyó*. Es como un jinete que tiene que

conducir a un caballo poseído de la fuerza procedente de la energía pulsional del *Ello*. Pero que no puede prescindir ni de las exigencias ni de las limitaciones que le impone el *Superyó*, el cual está enraizado la consciencia moral recibida de sus antecesores y de su entorno.

Se enfrenta al *Yo* como abogado del *Ello* y puede ser tan cruel para el *Yo* como el *Ello*. El *Yo* para funcionar necesita ser aprobado por el *Superyó*, contribuyendo a regular una armonía que es la base de la autoestima.

En la neurosis obsesiva y en la melancolía, el *Yo* sufre el castigo del *Superyó*. El *Yo* lleva un casquete auditivo, los delirios suelen ser predominantemente auditivos. Le invaden ruidos molestos que no le permiten desarrollar su capacidad racional. Esos “ruidos” provienen de otros que no soy *Yo*, que se divierten, disfrutan y, a la vez, son equivalentes a las pasiones incontenibles del *Ello* a las cuales no se pueden encauzar. Todo lo corporal tiene un influjo fuerte sobre el *Yo*. El trabajo analítico debería lograr hacer al *Yo* algo más independiente del *Yo*, pero además incrementar el campo de percepción y su organización para poder apropiarse de más fragmentos del *Ello*. *Donde Ello era, el Yo debe devenir* con la mayor autonomía posible.

Una obra anterior de gran envergadura fue *Más allá del principio del placer* (Freud, 1976s). En la primera etapa había publicado *Los dos principios del suceder psíquico* (Freud, 1976k) que eran, el principio del placer y el principio de realidad.

Lo que propondría en ese nuevo trabajo, a través de la existencia de ese más allá, en esa desesperada búsqueda del placer máximo, el goce absoluto, es llevar la tensión a cero y, por lo tanto, a la muerte psíquica. En consecuencia, aparece así en la obra de Freud la idea de la *pulsión de muerte*.

Freud había investigado la sexualidad y la había concebido como una psicosexualidad y esto era una idea revolucionaria al situar su existencia desde la infancia. A la energía implicada en esta sexualidad la llamó *libido* y describió una *libido objetal* y una *libido yoica* y, a través de esta última, introduce el concepto de *narcisismo*.

La *libido objetal* puede retirarse de los objetos manteniendo una representación interna de estos total o parcial, lo cual es la base de la vida subjetiva, o bien puede abandonar toda relación externa e interna con los objetos, aislarse del mundo hasta el extremo de perder su vida psíquica, su mundo interno, en lugar del cual queda un gran vacío y una caída de pulsiones vitales.

Lo que actúa en este último caso es lo que se denomina *pulsión de muerte*, que toma el poder absoluto si no tiene el contrapeso de las pulsiones vitales. Otros autores, posteriormente prefirieron usar el término *pulsión destructiva*. Sin llegar a este extremo, las pulsiones, mientras se mantengan en un nivel agresivo pero no destructivo, son necesarias para la vida.

El mismo Freud había comprobado la destructividad desatada en gran escala en una guerra y en otras formas de violencia, pero también había comprobado que, aunque habiendo sufrido heridas, se puede sobrevivir aun con más fuerza y lucidez, siempre y cuando las pulsiones vitales subsistan.

Las pulsiones agresivas son necesarias, por una parte, para poder mantener la organización psíquica, rechazando todo aquello que puede provocarle descontrol y favoreciendo a la vez el desarrollo de la capacidad de elección: si todo es igualmente bueno no podemos evaluar lo que es más afín, más conveniente para nosotros ni tampoco lo que ejerce una atracción maligna, lo que

nos arrastra hacia donde no deseamos ir y dónde podemos perder nuestra individualidad, nuestro criterio personal en pos de una supuesta gran causa o de un líder muy idealizado. Así nacen los totalitarismos.

En base a un *Yo primario*, ese primer Yo que se constituye desde el nacimiento mientras se es receptor de un cierto “amor” por parte de las personas más cercanas, que ha de alguna manera “idealizado” a ese recién nacido, otorgándole un nombre y ha volcado en él expectativas, aunque sean mínimas, de que este nuevo ser pueda realizar lo que los progenitores no pudieron.

El psicoanálisis no es una teoría cerrada, sino como lo definió el mismo Freud, en primer lugar, es un método que se puede utilizar a través de diversas técnicas y, a partir de los resultados obtenidos, se va construyendo una teoría. Muchas veces se piensa lo contrario, se piensa que el psicoanálisis es una teoría, cuyos principales postulados hay que asumir en cualquiera de las prácticas que se llevan a cabo, a partir del conocimiento de esa teoría.

Por supuesto que es importante estudiar lo que ya ha sido teorizado, pero esto solo no va a ser válido si no se ha pasado por una experiencia personal por la cual se ha experimentado la metodología a través, por ejemplo, de un psicoanálisis individual. Se estudia pues desde una perspectiva muy personal.

Un tratamiento psicoanalítico puede fracasar, como ocurre con otros tratamientos, si no hay una buena sintonía personal entre paciente y terapeuta, así como si esta existe puede dar excelentes resultados en poco tiempo.

Con frecuencia se confunde un análisis o, mejor dicho, una tentativa de análisis frustrante con la idea de fracaso de psicoanálisis cuando en realidad está más vinculada con la elección del analista.

Ya vimos como Freud pasaría del estudio de las neurosis a dar validez universal a su descubrimiento del inconsciente productor de síntomas extendiendo sus estudios a los sueños, a los trastornos sexuales o a los de la vida cotidiana, a los chistes o a los recuerdos infantiles, incluyendo los de los grandes genios.

Describió con todo detalle varios historiales clínicos, casi todos ellos casos singulares que él mismo había directamente o a través de relatos pormenorizados de un padre, como en el caso del pequeño Hans, o investigó por medio de sus memorias autobiográficas, como fue el caso del juez Schreber.

El gran salto lo dará en 1921 cuando publicó *Psicología de las masas y análisis del Yo* (Freud, 1976t). Parece ser que desde un par de años antes había pensado en ese texto. El contexto era en su país, Austria, el clima de la posguerra con graves penurias económicas y una gran agitación social, provocada por las repercusiones de la Revolución Rusa de 1917 y de otros movimientos violentos.

En ese mismo año 1921, Benito Mussolini, en Italia, inauguraba a partir del socialismo, el movimiento fascista y emprendería con sus seguidores la marcha sobre Roma. Aún no había comenzado a realizarse los actos multitudinarios, en los cuales los líderes de extrema derecha o extrema izquierda dirigirían proclamas incendiarias, llenas de odio, pero estaban muy próximas a producirse.

---

Freud se interesó por los fenómenos psíquicos que se producen en los individuos cuando forman parte de una masa, siguiendo a dos autores precedentes: a *Le Bon en La Psychologie des foules* escrita originariamente en 1895 (Le Bon 1981) y a William McDougall en su obra *The Group Mind* escrita en 1920 (MCDougall, 1973) dos textos pertenecientes a la naciente psicología social.

Partiendo de sus ideas sobre la sugestión recíproca y la emergencia de lo más irracional y acríptico e impulsivo, Freud aportaría la importancia del vínculo con el líder o los líderes idealizados.

La identificación con lo que ellos representan en particular en momentos de crisis social para personas con pérdida de autoestima, contribuyendo a que muchas de esas personas crean recuperarla, adhiriéndose masivamente a las causas que esos líderes sustentan. La sumisión puede ser tal que Freud consideró que el vínculo hipnótico sería una masa de dos.

Se permuta así el *ideal del Yo* personal por una ilusión colectiva, que aparentemente suprime el desamparo, la incertidumbre y el vacío, pero oculta al mismo tiempo el masoquismo. Por otro lado, la pulsión agresiva se vuelca hacia todo aquel que parece dificultar o se opone a esa ilusión, a ese autoengaño colectivo.

Toda persona se desarrolla a través de múltiples identificaciones, reducirlas a la ficción de una identidad homogénea suele acompañarse de racismo y xenofobia, como ocurre con los nacionalismos.

Según Slavoj Zizek (Zizek, 1998) se produciría la conjunción perversa entre el *Ello* y el *Superyó* a expensa del *Yo*.

El mismo Freud, en su colaboración posterior para una biografía del Presidente Wilson, introduce el concepto de ideal del Superyó, rescatado por la autora de este libro (Elman Schutt, 2005), que en los casos descritos sustituiría al *ideal del Yo*, con gran incremento de omnipotencia, negación de la realidad y una potenciación del odio hacia el que considera enemigo.

El fenómeno de masas que tuvo su auge en el siglo XIX junto con las ideologías revolucionarias, adquiere en la actualidad nuevas formas más pacíficas como la asistencia a espectáculos masivos, musicales o deportivos y otras, relacionadas con los avances tecnológicos, como son la participación en redes sociales.

En ese mismo texto de Freud (Freud 1976t) que comentamos, *Psicología de las masas y análisis del Yo*, analiza también el funcionamiento de instituciones como la iglesia y el ejército, dando sin duda un gran impulso a la psicología social aún incipiente.

Es una metodología incorporada a través de un análisis y una formación personal que se puede utilizar como un instrumento muy útil y muy apto para estudiar diversas problemáticas de los seres humanos.

Pocos conocen como se empleó después de la Segunda Guerra Mundial por parte de los ocupantes anglosajones en la nación vencida: Alemania, para conseguir a través de entrevistas, seleccionar a aquellos alemanes que podrían ocupar algunos cargos, excluyendo a los que no admitían ninguna responsabilidad o culpa por haber intervenido o apoyado acciones criminales,

sino que atribuían su participación o su complicidad a la obediencia debida. Esto se relata en un libro escrito en 1951 por Roger Money-Kyrle (Money-Kyrle, 1985) denominado *Psychanalyse et horizons politiques*. Los que realizaron esas entrevistas no eran psicoanalistas, pero estaban supervisados desde una perspectiva psicoanalítica.

Globalmente el psicoanálisis no es una teoría especulativa, sino que está construida y evoluciona sobre todo en base a observaciones clínicas. Esto se corresponde con el conocimiento de cómo la pulsión de saber en el niño es una modificación de la pulsión originaria de apoderamiento, cuando en sus primeros meses se lleva todo a la boca, literalmente desea comerlo no si antes destruirlo con sus primeros dientes, que son como sus primeras armas.

Más adelante, cuando ya utiliza el lenguaje verbal, construye sus primeras teorías sobre todo aquello que más le concierne y le interesa, son las llamadas por Freud *teorías sexuales infantiles* (Freud, 1976f) que le acercan pero también le alejan de una realidad que aún no quieren aceptar.

Un ejemplo es el siguiente: un niño pequeño le pregunta a su madre embarazada, que intenta explicarle que va a tener un hermanito, “¿Cómo es que se produjo ese embarazo?”, la madre esquemáticamente trata de explicarle cómo se produce la fecundación, consecutiva a un acto en el que interviene también su padre. El niño reduce entonces su deseo de saber a lo que puede asimilar y pregunta “Bueno, ¿Pero cuántos besos de papá fueron necesarios para que tú puedas tener otro niño?”. La madre ha sobrevalorado la capacidad del niño para entender un sentido que va más allá de lo que el niño ha experimentado: dar o recibir besos.

Precisamente, la búsqueda del sentido, es lo que movilizó más a Freud para entender cómo se producen en principio los síntomas neuróticos, luego buscó el sentido de los sueños y progresivamente, se propuso comprender todo lo que produce psíquicamente el ser humano.

Tuvo conciencia de que para encontrar el sentido a través del análisis, hace falta un trabajo asociativo que sobrepase la frontera de lo aparente, de lo inmediato, que vaya un poco más allá, pero tampoco sugerir que se pueda llegar al fondo, a lo más inconsciente como si fuese algo que está a nuestro alcance fácilmente, regresando de este modo al nivel de la pulsión de apoderamiento, que en un adulto podría tomar la forma de una paranoia, es decir, de desconfiar totalmente de lo que percibe y solo guiarse por lo que siente o interpreta.

Todo eso sería como una caricatura de una actitud psicoanalítica sobreinterpretativa, que es lo que despierta mucho temor y las mayores resistencias respecto al psicoanálisis.

Volvamos a la historia del psicoanálisis freudiano. El período de entreguerras verá aparecer sucesivamente en 1920, 1921 y 1923 tres grandes obras freudianas: *Más allá del principio del placer* (Freud, 1976s), *Psicología de las masas* (Freud, 1976t) y *El yo y el ello* (Freud, 1976u), respectivamente.

¿Qué es el más allá del principio del placer? Freud había considerado años antes el principio del placer junto al principio de realidad como los dos grandes principios del suceder psíquico. El *más allá* introduce la mayor abstracción del pensamiento freudiano: la pulsión de muerte, denominación muy controvertida pero aceptada como tendencia tanática en contraposición a la pulsión de vida, *Eros versus Tánatos*.

La pulsión propiamente dicha sería tanática debido a su búsqueda inmediata de descarga a



cualquier precio. La simbolización que aporta el eros libidinal transforma la simple descarga en un acto “creativo”.

Lo genial es como Freud en una obra tan densa y compleja utiliza como ejemplo la observación del juego de su pequeño nieto de 18 meses. ¿En qué consiste dicho juego? Ante la partida de su madre, el niño logra sin sentirse desolado ni echar a llorar, simbolizar esa partida, acompañándose de esta manera: desplaza un carrito hacia afuera de la cuna pronunciando el fonema “fort” (fuera) para luego atraerlo hacia él pronunciando el fonema “da” (aquí está). A través del juego domina la situación siendo él mismo el que aleja y acerca la representación de su madre. La capacidad manual y verbal que ha adquirido posibilita al niño el disfrute de ese juego.

La pulsión suministra la energía y el psiquismo del pequeño la elaboración necesaria para poder oponer a la angustia y al desasosiego que le conducirían a un acto agresivo e inútil una actitud que le proporciona satisfacción y bienestar.

La capacidad del abuelo Freud de teorizar mediante la interpretación de ese juego es equivalente a lo que el mismo Freud ponía en práctica con sus pacientes, escuchando, observando y ayudando así a transformar en reconocimientos y actos útiles malestares diversos. Podemos especular con la idea de que el niño no se sentía tan abandonado, en virtud de la presencia aunque algo alejado en el espacio de su abuelo, funcionando éste como en un tratamiento lo hace el psicoanalista, estando presente y atento y estimulando la expresión verbal del paciente. Pero además, sin apelar a estas experiencias, el psicoanálisis no tendría sentido vital. Un analista mudo, impasible y poco comprometido es tan negativo para el proceso psicoanalítico como el muy locuaz e intervencionista. En ambos casos, se menoscaba la experiencia esencial para confirmar, revisar o renovar la teoría en base a la cual trabaja cada psicoanalista, suministrando además el aporte indispensable para mantener vivo el psicoanálisis.

En un trabajo previo perteneciente a sus escritos técnicos titulado *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis)* (Freud 1976l) había introducido el concepto de la compulsión a la repetición. Cuando el sujeto no puede elaborar sus experiencias es como si tropezase con la misma piedra sin encontrar el modo de evitarlo o superarlo.

La “piedra” como obstáculo puede significar un fracaso, una decepción, un trastorno o un cúmulo de circunstancias adversas. El dilema que aquí se presenta es: “jugar” o deprimirse. ¿En qué consiste el juego en estos casos? Primero, situar el obstáculo con la razón. Luego, tratar de no repetir el choque y buscar otra alternativa. La capacidad imaginativa al servicio de un trabajo elaborativo ha permitido al ser humano crear muchos juegos: con las palabras, con los sonidos, con su habilidad física y manual, disponiendo así de variados recursos que se articulan con el interjuego de las pulsiones, suministrando la libido y la agresividad indispensables.

En 1921, Freud se introduce en la psicología social publicando *Psicología de las masas y análisis del yo* (Freud, 1976t). Es muy importante el contexto en el que da a luz esta obra. Posiblemente, habían influido en Freud las repercusiones de la revolución rusa de 1917 y la emergencia del fascismo en Italia liderado por Benito Mussolini. Aún no habían comenzado los actos multitudinarios en los cuales líderes de extrema derecha o izquierda lanzaban proclamas incendiarias llenas de odio, pero estaban muy próximos a producirse.

En esas circunstancias, Freud se propone indagar los fenómenos psíquicos que se producen entre

los integrantes de una masa, recurriendo para ello a sus experiencias anteriores sobre la sugestión hipnótica, en particular vinculándolas a las relaciones de las masas con sus líderes idealizados y a la identificación con los que ellos representaban.

La sumisión puede ser de tal grado que equivale casi a un vínculo hipnótico, el cual sería pues una masa de dos. Esa sumisión supone fanatismo y con él la emergencia de lo más irracional, acrítico e impulsivo.

El *ideal del Yo* se permuta por una ilusión colectiva, suprimiendo aparentemente la vivencia de desvalimiento, la incertidumbre, cuando no el vacío subjetivo. Se exagera el odio sádico hacia quienes se supone enemigos de esa ilusión colectiva, pero al mismo tiempo se oculta el masoquismo implícito.

Todo ser humano se desarrolla a través de múltiples y variadas identificaciones que pueden exceder sus ámbitos de origen. La ficción de una identidad homogénea enraizada en la tierra de nacimiento constituye el núcleo de los nacionalismos, asociados a tendencias xenófobas con todas sus nefastas consecuencias.

En 1926 en su trabajo *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud (Freud, 1976v) presenta la angustia masiva como un tóxico que “enceguece”, que lleva a “perder la cabeza”, los “nervios”, es decir, la razón, pero casi siempre antes da un aviso, hace una llamada, con la cual hay que sintonizar y no desecharla. Su fuente puede ser la percepción consciente de la inminencia de un problema exterior e inconsciente cuando su fuente proviene del mundo interno. Puede ser incluso una fantasía inconsciente. Se percibe como una opresión acompañada de ahogo y a veces en casos extremos como una sensación de muerte inminente. Puede también manifestarse como un estado de desánimo, una necesidad de encerrarse, dormir, huir o desencadenar reacciones agresivas, en especial cuando la causa de esa angustia se sitúa en otra persona o en un determinado ámbito. Es equivalente en el nivel psíquico a lo que es el dolor a nivel físico.

Freud le va a dar un lugar especial a las consecuencias que puede producir la angustia: inhibiciones preventivas para evitar su emergencia, síntomas fóbicos o conversiones somáticas a nivel muscular junto a muchas veces dolores erráticos. Son los trastornos que hoy reciben el nombre de fibromialgias, sin llegar a categorizarse desde la perspectiva psíquica. La angustia forma parte también de las neurosis obsesivas acompañando a las ideas compulsivas.

En 1927, al publicar *El porvenir de una ilusión*, Freud (Freud, 1976w) inaugura una serie de estudios que continuará y ampliará con *El malestar en la cultura* (Freud, 1976a bis), título definitivo de un trabajo dedicado originalmente a la infelicidad, la cual sería producto de un antagonismo entre las demandas pulsionales y la realidad en la cual se desarrolla nuestra vida.

Antes de finalizar la década, le dedicará sendos escritos al fetichismo (Freud, 1976x) y al humor (Freud 1976y), este último representa un gran triunfo del *Yo* capaz de afirmarse a pesar de los desfavorables efectos de las circunstancias reales. El humor ocupa un lugar destacado dentro de la gran serie de recursos con los cuales el sujeto se defiende del sufrimiento. Así como el chiste representa la contribución de lo inconsciente para producir un efecto de comicidad, el humor es la contribución del superyó en su faceta más amable y consoladora, produciendo un efecto liberador. En el humor negro lo que se produce es la desviación de una pulsión agresiva e incluso destructiva en un sentido humorístico.



Tal vez lo contrario del humor sea el fanatismo.

Poco antes de recibir el Premio Goethe de Literatura en 1930, Freud escribe un ensayo sobre la personalidad de un gran literato, Dostoievski, titulado *Dostoievski y el parricidio* (Freud, 1976z), al cual admiraba, centrándose en su mejor novela *Los hermanos Karamazov* (Dostoievski, 2006). Destaca el aspecto cruel y sádico del *Superyó* y lo relaciona con intensos sentimientos de culpa inconscientes, haciendo hincapié en la búsqueda en el ideal religioso de una salida y una liberación.

Por otra parte, Freud señala que tres de las grandes obras maestras de la literatura universal: *Edipo Rey* de Sófocles, *Hamlet* de Shakespeare y *Los hermanos Karamazov* de Dostoievski traten el mismo tema: el parricidio. En un trabajo posterior, Freud afirmará que las religiones se sustentan en la pretensión de redimir de ese sentimiento de culpa, el cual no sería más que una variedad de la angustia cuando proviene de las amenazas provenientes del *Superyó*.

El *Superyó* cultural plantea severas exigencias ideales cuyo incumplimiento es castigado mediante fuertes sentimientos de culpa inconscientes que atañen a las exigencias que producen los vínculos recíprocos entre los seres humanos y que se resumen bajo el nombre de ética.

La ética llamada natural, sigue diciendo Freud (Freud, 1976o), ofrece como recompensa la satisfacción narcisista de sentirse superior, mejor que los demás, sobre todo si los consideramos no pertenecientes a la misma cultura, lo cual reactiva una fuerte agresividad contra ellos.

Nos proveemos además de razones poderosas para justificar esos sentimientos agresivos. Nos topamos así con los nacionalismos y la necesidad de conciliarlos con sentimientos fraternos, más allá de las fronteras, sustentándolos en políticas de integración e intercambios.

Se esboza así un anticipo de lo que será años después la Unión Europea, no sin antes pasar por la tragedia de la Segunda Guerra Mundial.

Otro artículo de Freud es sobre el fetichismo (Freud, 1976x). Implica un desmentido y una renegación, vinculados ambos a una escisión del yo, que representa una defensa muy extrema. Se venera algo que pertenece al objeto pero tendría una función de ocultación respecto a lo que no deseamos percibir. Se podría equiparar a una creencia a la que nos aferramos para no registrar hechos y realidades insoportables, para lo cual debemos expulsar una porción importante de la realidad.

Tras publicarlo en el verano de 1927, en el otoño de ese mismo año concluiría *El porvenir de una ilusión* (Freud, 1976w). En esta obra, sostuvo Freud su idea de que la verdad se esconde detrás de una ilusión, muchas veces religiosa e inaugura una serie de escritos que habrían de constituir la preocupación primordial del resto de su vida, según afirma James Strachey (Strachey 1976) en su Nota Introductoria a *El porvenir de una ilusión*. Y son de los que nos ocuparemos a continuación.

Freud se enfrenta a la cuestión de una nueva regulación de los vínculos entre los seres humanos. No se siente capaz ni con la información suficiente para juzgar la nueva experiencia soviética y las que plantean algunas otras utopías ideológicas. Si se cumplieran, sería la Edad de Oro, pero duda mucho de que se pueda llegar a ella desde el desconocimiento que demuestran sobre las tendencias destructivas presentes en los seres humanos de las diferentes clases sociales y no sólo

de las élites.

Emprende la escritura del libro que primero titulará *La infelicidad en la cultura* y que posteriormente se conocerá como *El malestar de la cultura* (Freud, 1976a bis) que le ocupará el final de la década del '20 y principios de la siguiente. Su tema principal es el irremediable antagonismo entre las exigencias pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura, entendida ésta como sinónimo de civilización.

Los ideales freudianos no son políticos sino científicos, considerando a la religión como la otra cara de la ciencia.

*El porvenir de una ilusión* (Freud, 1976w) en gran parte fue concebida como un diálogo con uno de sus discípulos y gran amigo, el reverendo Oskar Pfister, originario de Zurich.

Su siguiente obra aparecería en un contexto muy especial: la crisis económica brutal consecutiva a la quiebra de Wall Street y punto de partida de la Gran Depresión. En ese turbulento año 1930 se estaba comenzando a gestar la mayor guerra mundial de todos los tiempos. Peter Gay (1989) señala a *El malestar de la cultura* como una obra muy pesimista respecto a la meta de conseguir la felicidad.

Pero la oposición no se sitúa entre optimismo y pesimismo sino entre la posibilidad o no de revelar la verdad de toda ilusión enfrentándola con toda la energía y la lucidez indispensables. Hacer del hombre un ser cultural representa transformar sus pulsiones en fantasías, deseos, palabras que vehiculen pensamientos y sentimientos para poder facilitar las relaciones con sus prójimos.

La cultura será la resultante del conjunto de procedimientos para poder superar el malestar del desamparo y la inevitable insatisfacción sexual, sin pretender eliminarla por completo. Será preciso que las pulsiones se sublimen, teniendo en cuenta que la pulsión en estado puro es tanática, mientras que Eros, la pulsión de vida, es una modificación, un primer paso sublimatorio.

De todos modos, la agresividad no debe desaparecer del todo, pues es el combustible y motor que ayuda al hombre a vivir. Freud quiere evitar además que el ejercicio del psicoanálisis sea un monopolio de los médicos y si es posible entregarlo a un trabajo profesional que aún no existía. Se anticipa así a la existencia de psicólogos clínicos, pero también a otros profesionales con vocación psicológica, preocupados por la salud mental.

En el verano de 1930 recibe por segunda vez a un diplomático norteamericano experto en política internacional, William Bullitt, quien le propone colaborar en un estudio histórico y psicológico sobre el ex presidente de Estados Unidos, Woodrow Wilson, en cuya delegación oficial había participado en ocasión de la firma del Tratado de Paz de Versalles que puso fin a la Primera Guerra Mundial (Elman Schutt, 2005).

Ambos compartían una profunda decepción respecto al presidente Wilson y además la situación económica crítica personal de Freud motivó que esta oferta resultara muy oportuna pero además era muy estimulante. Desde su colaboración con el Dr. Breuer, al comenzar su carrera en sus *Estudios sobre la histeria* (Freud, 1976a) no se le había presentado a Freud la posibilidad de

colaborar con otro profesional, que en este caso era además un hombre de acción.

A toda esta temática, se ha dedicado un libro que se denomina *La fascinación del líder*, publicado en 2005 (Elman Schutt, 2005). El objetivo de dicho libro fue rescatar la contribución freudiana en una obra que recién se publicaría en 1967 y que permaneció siempre fuera de las Obras Completas de Freud. Esa contribución no sería reconocida ni por los hijos de Freud dada la desconfianza que sentían hacia Bullitt ni por las sociedades psicoanalíticas oficiales, las cuales consideraban muy difícil confirmar esa participación, que podía además ser considerada muy osada en el plano político.

Conociendo bien las ideas freudianas y su estilo, he podido rescatar esa colaboración, pues Bullitt no estaba en condiciones de sustituirlas ni de imitarlas. Solo un autor francés, René Major (Major & Talagrand, 2007) se había atrevido antes a esta indagación, lo suficiente como para lograr que la historiadora del psicoanálisis, Elisabeth Roudinesco (Roudinesco, 2015) considerara esa obra el texto político más importante de Freud.

El libro en cuestión fue publicado recién en 1967 a la muerte de Bullitt y suscitó críticas muy negativas. Erik Erikson lo calificó de libro absolutamente nefasto y hasta el New York Times lamentó la participación de Freud en lo que consideraron un ataque a un expresidente norteamericano. Freud, en realidad, aportaba en este texto sus ideas sobre las graves consecuencias de dejarse guiar por fantasías utópicas. Entre los pasajes que se le pueden atribuir a Freud en su colaboración con Bullitt (Freud y Bullitt, 1973) se destaca el siguiente:

El hombre que instala a Dios en su superyó sube por un estrecho paso la montaña de la grandeza balanceándose sobre el abismo entre la neurosis y la psicosis. Si no puede cumplir las exigencias de la realidad, inventa realizaciones imaginarias hasta llegar al delirio, sustituyéndolas por bellas palabras (Elman Schutt, 2005, p. 75).

Se puede destacar en otro pasaje del libro la idea de que “cuando la ilusión política se convierte en creencia incuestionable, la función del ideal y del superyó se fusionan sin dejar margen a la crítica ni a la reflexión y la pulsión conduce a actos violentos, muchas veces destructivos” (Elman Schutt, 2005).

En su correspondencia con Albert Einstein, quien le pedía una reflexión sobre el porqué de las guerras, Freud (Freud y Einstein, 1976) se refiere a la pulsión destructiva existente en todo ser humano que podrá manifestarse más fácilmente cuando se siente autorizado para ello. Los límites del Estado de Derecho le imponen restricciones, pero inclusive dentro de un orden social se pueden encontrar muchas motivaciones, entre ellas ciertos ideales que justifiquen la vulneración de esos límites. En muchos códigos penales, se ha tipificado el delito de odio que es la antesala de ciertos grados de destructividad. El nacionalista, por ejemplo, tiende a encontrar y a señalar enemigos fuera de las fronteras de su nación.

También Freud cuestiona las promesas que representan las ideologías tan activas en su tiempo y advierte sobre el fracaso inevitable si no se tiene en cuenta la naturaleza humana y su conflictiva psíquica.

En particular, respecto al comunismo y a los ideales igualitaristas consagrados con la abolición de la propiedad privada, Freud los pone en cuestión porque sostiene que siempre habrá diferencias de poder y también idealizaciones engendradoras de enorme dependencia con el

líder idealizado. En resumen, el tema central es la problemática de la relación recíproca entre los seres humanos.

El narcisismo, introducido años antes, reaparece con fuerza y se extiende a lo que Freud denomina el *narcisismo de las pequeñas diferencias*, aplicable a las comunidades vecinas, cuya cohesión interna se intenta garantizar siempre que otros queden fuera para ser el objetivo de esas tendencias agresivas.

De su preocupación por lo que estaba ocurriendo en el mundo al comenzar la última década de su vida, la de los años '30, al avanzar en ella comienza a preponderar otra preocupación: la de su testamento en lo concerniente en especial a la práctica psicoanalítica. Entre sus últimas obras, *Análisis terminable e interminable* (Freud, 1976b bis) y *Construcciones en el análisis* (Freud, 1976c bis), ambas publicadas en 1937, cabe destacar que iban dirigidas a la aplicación del psicoanálisis a nivel terapéutico.

Freud no se vanagloriaba de sus éxitos terapéuticos. Es cierto que al ser el descubridor de esa técnica no tenía aún suficiente experiencia. Dejó constancia de sus primeras terapias en sus historiales clínicos, mostrando éxitos como en el caso de la fobia del pequeño Hans, pero también de sus fracasos.

En 1937, con los nazis amenazando con invadir Austria y habiendo sido quemados sus libros públicamente en Alemania, Freud vuelve a retornar después de casi 20 años a la cuestión de la técnica aunque también escribe su *Esquema del Psicoanálisis* (Freud, 1976e bis) y comienza su gran novela histórica: *Moisés y el monoteísmo* (Freud, 1976d bis).

La necesidad de exiliarse se hacía cada vez más perentoria pero a Freud no le resultaba nada fácil concretarla. No le faltaron apoyos políticos como el personal del presidente Roosevelt para lograr que se autorizase su salida y la de los suyos hacia Londres pasando por París, pero los trámites se tornaron muy complicados.

*Construcciones en el análisis* (Freud, 1976c bis) representó un giro radical respecto a sus anteriores escritos técnicos. La idea fundamental es que el psicoanalista y paciente comparten una tarea en común: la reconstrucción de una historia subjetiva. La interpretación comienza a ocupar un lugar marginal sólo aplicable a cuestiones puntuales: un lapsus, por ejemplo. Sin embargo, la interpretación como principal instrumento analítico recuperó toda su fuerza central en los tratamientos a partir de sus sucesores, en especial con Melanie Klein, la propulsora del psicoanálisis de niños.

En sus últimas aportaciones técnicas al psicoanálisis, lo importante no es tanto la recuperación de un pasado, los recuerdos olvidados, sino lo que no ha podido ser representado. Así como en *Análisis terminable e interminable* (Freud, 1976b bis), el trabajo analítico no se terminaba con la última sesión acordada con el psicoanalista proseguiría mientras hubiera vida psíquica en el analizado.

La preocupación de Freud sobre el futuro del psicoanálisis incluiría su oposición a que se lo idealizara, ni dominara la tentación de la sugestión. Parecía pensar Freud que aunque se quemaran sus libros, se desecharan sus teorías, siempre habría personas con vocación para formarse en el ejercicio del psicoanálisis, Adquiriendo

una base sólida representada por los fundamentos freudianos, pero también asumiendo otros desarrollos posteriores.

Las intervenciones del analista tanto sean interpretaciones o construcciones serán conjeturales, se irán confirmando o no en el curso posterior del proceso analítico, a través de su utilidad en la búsqueda de sentido como también su valor terapéutico, diferenciando muy bien que no son producto de la sugestión. En la posición actual, la reconstrucción del sentido se vincula al desarrollo de mayores recursos para pensar, para una mayor mentalización.

De la meta de recordar o repetir en la transferencia, se pasa a dar prioridad la meta de historizar, la cual representa una conjunción de pensar y vivenciar sobre uno mismo. El medio utilizado para ello será la construcción: su última gran aportación a la técnica psicoanalítica. Curiosamente, ambos últimos trabajos sobre la técnica mencionados no formaron parte de los seminarios durante mi formación psicoanalítica. Pero al descubrirlos decidí elegirlos para un curso de preparación para la docencia que se realizó por primera y única vez en la APA bajo la presidencia muy renovadora de Emilio Rodríguez.

Me correspondería exponerlos junto a una psicoanalista consagrada, Arminda Aberastury, con la cual nos volcamos especialmente en el artículo sobre *Construcciones*, inédito para ella también. Era el año 1967.

Después de los 37 años transcurridos desde *La interpretación de los sueños* (Freud, 1976b), tal vez el trabajo freudiano más difundido en sus múltiples ediciones, se abrió un objetivo mucho más ambicioso, cuya base era ese mismo trabajo pero en este caso se trataba de la reconstrucción de toda la vida subjetiva.

Sin duda, mientras existan psicoanalistas el psicoanálisis se mantendrá vivo.

Es cierto que existen muchas corrientes diferentes dentro del campo psicoanalítico, a veces enfrentadas entre sí y muchos sistemas terapéuticos derivados en distintos grados del psicoanálisis. Todas pueden tener su validez, aunque hay demasiadas que han perdido su raigambre en los fundamentos freudianos.

Freud, ya en su tiempo, se refirió al análisis profano que practicaban algunos después de alguna lectura y sin una formación adecuada. Aún no podía imaginar hasta qué extremos se llegaría, aprovechando el gran prestigio que adquiriría el psicoanálisis después de su muerte.

En tanto su ejercicio no está reglamentado ni se pretende, el intrusismo está muy extendido. Desde psiquiatras que además de medicar en cuanto le dedican más minutos a escuchar a un paciente, se presentan también como psicoanalistas. Por ejemplo, existía en Nueva York algún personaje extravagante que imponía a sus pacientes que se desnudaran para contar sus sueños hasta los que promovían una supuesta regresión dramatizada a etapas infantiles no recordadas. No estoy inventando nada sino me remito a experiencias insólitas que me han sido relatadas por pacientes incautos que habían pasado por ellas.

El psicoanálisis considerado clásico atemorizaba por sus exigencias y por su prolongada duración durante décadas. En otros casos, una vez establecido el acuerdo inicial, no se admitían cambios de hora y, en este caso, no se trataba de profanos sino de psicoanalistas reconocidos.

Lo que pasa es que se ha tratado equivocadamente trasplantar el modelo de psicoanálisis didáctico a pacientes que buscan un psicoanálisis terapéutico. Habría que aclarar la diferencia. Si bien el primero es una experiencia que constituye uno de los pilares de la formación, cabría añadir que todo trabajo psicoanalítico es una psicoterapia, sin que esto represente ningún desmedro ni conduzca a proponer ninguna formación diferenciada para practicarlo. Tal vez lo que hay que revisar es el concepto de psicoanálisis didáctico.

Todo esto influye en la determinación de la frecuencia de las sesiones, la cual es, en los análisis didácticos, de tres o cuatro sesiones semanales.

Las psicoterapias psicoanalíticas, aunque los pacientes coloquialmente se refieran a ellas como “el análisis”, se terminan adecuando a las circunstancias de cada paciente y pueden ser actualmente de una sesión por semana o una quincenal. No es imprescindible el uso del diván y generalmente se realizan frente a frente con encuadres flexibles. Lo importante es la calidad del trabajo realizado en cada sesión y en el intervalo entre las sesiones.

Ya se ha superado el tiempo en el cual un psicoanalista francés, Jacques Lacan, puso de moda en los años '70 el citar a todos sus pacientes a la misma hora, reunirlos en una sala de espera y hacerlos pasar a su consulta arbitrariamente, durando las sesiones a veces unos minutos. Un compañero suyo de estudios, el destacado psicoanalista André Green, que le había apreciado mucho por sus conocimientos teóricos y por su inteligencia se alejó de él por considerar esa práctica inadmisibles, evidenciando muy poco respeto hacia el paciente.

La práctica impone una ética al igual que en otras especialidades médicas y en las más diversas actividades profesionales. Pero como no hay bata blanca ni instrumental quirúrgico expuesto ni informes específicos, sólo la formación del psicoanalista, lo que Green (2003) denominó el encuadre interno, garantiza la validez de esa tarea, la cual admite diferentes variantes dependiendo de la personalidad de cada analista.

Entre esas variantes nos encontramos también con la utilización conjetural de las construcciones psicoanalíticas.

Tras más de 70 años transcurridos desde su introducción en la obra freudiana, en la riva del lago de Ginebra y por iniciativa de la Sociedad Psicoanalítica de París y de la Sociedad Psicoanalítica Suiza, numerosas asociaciones psicoanalíticas de diversos países europeos y americanos decidieron reunirse para reflexionar sobre la utilización en la práctica de construcciones en psicoanálisis.

Se consideraron tres modelos: la construcción de lo no representado, la construcción de los fantasmas inconscientes y por último, la construcción de lo nuevo y lo inédito, buscando un sentido. Sobre todo, se puso de relieve una nueva manera de simbolizar y de estar “con” lo que el analista suscita, desarrollándose en un pensamiento complejo sin certidumbres previas (Manzano y Abella, 2015)

La aspiración en la primera época freudiana de reencontrar el recuerdo olvidado toma en la actualidad la forma distinta por parte del analista de imaginar, reconstruyendo escenas de lo que ha podido ser.

### 3. CONCLUSIONES

Este texto se basa en la idea de que para el estudio del psicoanálisis es imprescindible partir de los descubrimientos freudianos en el debido momento histórico de la vida de Freud y en el contexto político y social en que se han producido.

Tras más de 40 años de haber desarrollado la autora una labor de transmisión verbal de la obra freudiana, se propone ahora comenzar una tarea de transcripción escrita lo más sintética y clara posible, incluyendo nuevas ideas sobre la práctica psicoanalítica, con el objetivo de poner dichos conocimientos al alcance de un conjunto más amplio y diversificado de lectores.

## REFERENCIAS

- Dostoievski, F. (2006). *Los hermanos Karamazov*, Madrid: Cátedra.
- Elman Schutt, F. (2005). *La Fascinación del Líder*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Elman Schutt, F. y Renau, D. (1995). Poder político y narcisismo, *Revista Claves*, 55.
- Freud, S. (1976a). *Estudios sobre la histeria*, Obras Completas, Vol.2. Buenos Aires: Amorrortu, 1893-95.
- Freud, S. (1976b). *La interpretación de los sueños I y II*, Obras Completas, Vol. 4 y 5. Buenos Aires: Amorrortu, 1900 y 1900-01.
- Freud, S. (1976c). *Psicopatología de la vida cotidiana*, Obras Completas, Vol. 6, Buenos Aires: Amorrortu, 1901.
- Freud, S. (1976d). *El chiste y su relación con el inconsciente*, Obras Completas, Vol. 8. Buenos Aires: Amorrortu, 1905.
- Freud, S. (1976e). *El creador literario y el fantaseo*, Obras Completas Vol. 9. Buenos Aires: Amorrortu, 1907.
- Freud, S. (1976f). *Sobre las teorías sexuales infantiles*, Obras Completas, Vol. 9, Buenos Aires: Amorrortu, 1908.
- Freud, S. (1976g): *Análisis de la fobia de un niño de cinco años, el pequeño Hans*, Obras Completas, Vol.10, 1909.
- Freud, S (1976h) *A propósito de un caso de neurosis obsesiva (caso del "Hombre de las ratas")*, Obras Completas, Vol. 10, 1909.
- Freud, S. (1976i). *El recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*, Obras Completas, Vol. 11. Buenos Aires: Amorrortu, 1910.
- Freud, S. (1976j). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, Obras Completas, Vol. 12. Buenos Aires: Amorrortu, 1911.
- Freud, S. (1976k). *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*, Obras Completas, Vol. 12. Buenos Aires: Amorrortu, 1911.
- Freud, S. (1976l). *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis)*, Obras Completas, Vol.12. Buenos Aires: Amorrortu, 1914.
- Freud, S. (1976m) *Trabajos sobre técnica psicoanalítica*. Obras Completas, Vol. 12. Buenos Aires: Amorrortu, 1911-15.
- Freud, S. (1976n). *El Moisés de Miguel Angel*, Obras Completas, Vol. 13. Buenos Aires: Amorrortu, 1914.
- Freud, S. (1976o). *Introducción del narcisismo*, Obras Completas, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu, 1914.
- Freud, S. (1976p). *Trabajo sobre metapsicología*, Obras Completas, Vol. 14 Buenos Aires: Amorrortu, 1915.
- Freud, S. (1976q). *Duelo y melancolía*. Obras Completas, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu, 1917.
- Freud, S. (1976r). *Lo ominoso*, Obras Completas, Vol. 17. Buenos Aires: Amorrortu, 1919.
- Freud, S. (1976s). *Más allá del principio del placer*, Obras Completas, Vol. 18. Buenos Aires: Amorrortu, 1920.
- Freud, S. (1976t). *Psicología de las masas y análisis del yo*, Obras Completas, Vol. 18. Buenos Aires: Amorrortu, 1921.
- Freud, S. (1976u). *El yo y el ello*, Obras Completas, Vol. 19. Buenos Aires: Amorrortu, 1923.
- Freud, S. (1976v). *Inhibición, síntoma y angustia*, Obras Completas, Vol. 20. Buenos Aires: Amorrortu, 1926.
- Freud, S. (1976w). *El porvenir de una ilusión*, Obras Completas, Vol. 21. Buenos Aires: Amorrortu, 1927.



- Freud, S. (1976x). *Fetichismo*, Obras Completas, Vol. 21. Buenos Aires: Amorrortu, 1927.
- Freud, S. (1976y). *El humor*. Obras Completas, Vol. 21. Buenos Aires: Amorrortu, 1927.
- Freud, S. (1976z). *Dostoievski y el parricidio*, Obras Completas, Vol. 21. Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1928)
- Freud, S. (1976a bis). *El malestar en la cultura*, Obras Completas, Vol. 21. Buenos Aires: Amorrortu, 1930.
- Freud, S. (1976b bis). *Análisis terminable e interminable*, Obras Completas, Vol. 23. Buenos Aires: Amorrortu, 1937.
- Freud, S. (1976c bis). *Construcciones en el análisis*, Obras Completas, Vol. 23. Buenos Aires: Amorrortu, 1937.
- Freud, S. (1976d bis). *Moisés y la religión monoteísta*, Obras Completas, Vol. 23. Buenos Aires: Amorrortu, 1939.
- Freud, S. (1976e bis). *Esquema del psicoanálisis*, Obras Completas, Vol. 23. Buenos Aires: Amorrortu, 1940.
- Freud, S. y Breuer, J. (1976). *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos*, Obras Completas, Vol. 3. Buenos Aires: Amorrortu, 1893.
- Freud, S. y Einstein, A. (1976). *¿Por qué la guerra?*, Obras Completas, Vol. 22. Buenos Aires: Amorrortu, 1933.
- Freud, S. y Bullitt, W (1973). *El Presidente Thomas Woodrow Wilson. Un estudio psicológico*, Buenos Aires: Letra Viva,
- Gay, P. (1989). *Freud- Una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Green, A. (2003). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (2009). *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica, en Escritos 1*. México: Siglo XXI.
- Laplanche, J. (1989). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis- La seducción originaria*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Le Bon, G. (1981). *La Psychologie des foules*. Paris: P.U.F, 1895.
- Major R. y Talagrand, Ch. (2007). *Freud, Una biografía política*. Buenos Aires: Topía.
- Manzano, J. y Abella, A. (2015): *La construcción en psicoanálisis ¿Recuperar el pasado o reinventarlo?* Madrid: APM.
- Marini, M. (1986). *Lacan*. París: Pierre Belfond.
- Mc Dougall, W. (1973). *The Group Mind*. New York: Arno Press, 1920.
- Money-Kyrle, R. (1985). *Psychanalyse et horizons politiques*. Paris: Privat, 1951.
- Roudinesco, E. (2015) *Freud en su tiempo y en el nuestro*. Barcelona: Debate.
- Strachey, J. (1976). *Nota introductoria a El porvenir de una ilusión en Freud (1976v)*, Obras Completas, Vol. 21. Buenos Aires: Amorrortu, 1961.
- Zizek, S. (1998). *Porque no saben lo que hacen- El goce como un factor político*. Buenos Aires: Paidós.





A A P I P N A

asociación  
aragonesa para la  
investigación  
psíquica del  
niño y el adolescente