

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

Acerca de un proyecto creativo propuesto como factor de cambio asistencial para una comunidad.

Pseudónimo: ARGGA

“Con los niños, igual que con los adultos, la situación terapéutica puede ser solamente establecida y mantenida en tanto se conserve una actitud puramente analítica hacia el paciente. Pero en el comportamiento con niños ciertas modificaciones de este principio se hacen necesarias, sin apartarse con todo de lo esencial.”

Klein M, 1932; “El Psicoanálisis de Niños”.

RESUMEN

El presente escrito tiene por finalidad transmitir a los lectores algunas ideas y planteamientos que se propusieron, un grupo de profesionales interesados en el trabajo psicológico con niños y adolescentes y sus familias que les permitieron gestar un programa de intervención en la comunidad autónoma en la que residen, dando a luz de este modo una amplia cartera de servicios en salud mental infanto-juvenil de carácter novedoso para esa población.

SUMMARY

This paper has the aim to communicate the readers some ideas and proposals suggested by a group of professionals interested in psychological work with children, adolescents and their families, who were able to develop a program for clinical intervention in the community where they live, giving birth to a large variety of original services in the field of Child and Adolescent Mental Health available to the population where they deal with their practice.

INTRODUCCIÓN

En nuestra comunidad autónoma los dispositivos sanitarios públicos ofertan intervenciones en su gran mayoría de corte psicofarmacológico. Considerando la importancia de poder intervenir con este delicado colectivo de otro modo, se ofertó a la comunidad un “Programa de apoyo a la salud mental infanto-juvenil” en el que la población de niños, adolescentes y las familias que requiriesen intervención pudieran contar con una cartera de intervenciones actualizada y amplia adaptada a las necesidades terapéuticas actuales de ese grupo humano. Se contempló un programa de honorarios reducidos para familias con recursos limitados. Este trabajo se viene realizando desde hace cinco años.

¿POR QUÉ PENSAMOS EN PROPONER UN PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL?

La existencia de la enfermedad mental en niños y del sufrimiento psíquico en ellos es un hecho incontrovertible. Es un derecho elemental el que se pueda garantizar que los niños y adolescentes puedan recibir un tratamiento

a sus dolencias al menos tan digno como el que reciben para las patologías de índole somática en donde la cobertura está garantizada mediante una atención especializada de primera línea. Incluimos también en esta propuesta de intervenciones a aquellos jóvenes que aún se encuentran en proceso de formación previa a su primera inserción laboral.

Diversos estudios consideran altamente insuficiente la atención en materia de SMIJ (Salud Mental Infanto-juvenil) si se la compara con la situación de la psiquiatría de adultos o de la pediatría, pero aún resulta esto más notorio cuando lo comparamos con los desarrollos de países vecinos de la Unión Europea (UE). Hoy día en España y en esta Comunidad Autónoma (CA) un niño que padezca cualquier patología somática es tratado a nivel de Atención Primaria o especializada, con la misma o mayor eficiencia aún que en cualquier otro país desarrollado. El número de profesionales dedicados a la SMIJ en España y en esta CA están distribuidos de manera heterogénea. En X capital se concentra la mayoría de los recursos profesionales. Otras Comunidades Autónomas poseen planes específicos y cobertura en todas las zonas como es el caso de Cataluña y Castilla-La Mancha. De todos modos hay un elemento común a todas que es la importante desproporción existente entre los recursos de pediatría o psiquiatría general.

Otro punto que pone de manifiesto la delicada situación de este sector a nivel nacional es la muy reciente inclusión como especialidad de psiquiatría infantil y psicología clínica infantil en el programa de especialidades lo cual ha ejercido un efecto determinante en el desarrollo asistencial. Hasta hace muy poco, España era el único país de la UE que no contaba con reconocimiento para la especialidad de Psiquiatría Infantil lo que ha provocado que se produjeran los siguientes efectos:

1. Poca formación en esta área específica a nivel universitario.

2. Escasa formación a nivel MIR y PIR. Aunque en la actualidad los MIREs, PIREs y EIREs de psiquiatría general rotan por los servicios de SMIJ existentes en esta CA. El servicio de SMIJ del macro Hospital Infantil existente en nuestra CA, puntera en muchas especialidades de Pediatría, tiene status legal desde no hace tanto, dependiendo del Servicio de Psiquiatría de adultos del otro gran hospital de adultos contiguo al Hospital Infantil. El otro gran hospital de la capital cuenta con un servicio dedicado a niños y adolescentes desde hace años, existen otros dos hospitales sin atención específica en SMIJ. Existe una red de Servicios de SMIJ sectorizados y dependientes de la gestión sanitaria autonómica.

3. Escasos trabajos de investigación específicos a nivel de cátedras o departamentos universitarios

4. Este desconocimiento plantea una falta de información a nivel de la población general acerca de estas problemáticas obteniendo informaciones sesgadas. Algunos cuadros clínicos que aparecen con frecuencia en los medios de comunicación pasan a ser de dominio público generando entre padres y personal del sector educación una alarma inquietante (Consenso de Expertos sobre TDHA- FEAP y otras instituciones).

5. Poca formación a nivel de pediatría y de psiquiatría, con profesionales con escasa formación específica.

Lo anterior hace que se cierre un círculo asistencial que se caracteriza por estas limitaciones. Las intervenciones con niños y adolescentes se centra sobre todo en el síntoma o en el trastorno y la mayoría de las veces la intervención de elección (en múltiples ocasiones la única) es la psicofarmacológica promoviendo respuestas iatrogénicas a corto, mediano y largo plazo. En un número no menor de casos se emiten diagnósticos irrefutables a los que se arriba con métodos de diagnóstico inespecíficos, en

muchos casos con pruebas complementarias neurológicas. La producción de cuadros sintomáticos así como de trastornos psíquicos en infancia en muchos casos es efecto del proceso de subjetivación del niño en el contexto de relación a nivel familiar y social, contexto en que dicha operatoria está siendo llevada a cabo. Se apela a un conocimiento parcial, como si fuera total, en donde los niños son pensados exclusivamente como portadores de un soma que se configura en función a claves genéticas, sin considerar que cada uno de nosotros somos efecto de un proceso de humanización en donde lo ambiental condiciona la expresión genética (Estudio Genoma Humano- 2007).

1. PROTOCOLO DE INTERVENCION

Nuestra propuesta asistencial tiene como objetivo que los niños, adolescentes y jóvenes de X así como sus familias puedan optar a una serie de intervenciones asistenciales en materia de SMIJ sin recurrir en primer término a la psicofarmacología.

Planteamos que los casos sigan el siguiente protocolo de intervenciones:

1.1. DIAGNÓSTICO

El proceso diagnóstico (PD) incluye una serie de intervenciones previas a una indicación terapéutica. Consta de los siguientes pasos:

I. Recepción de la demanda.

Se recibe en primer término a los padres o personas encargadas de la crianza del niño o adolescente. Se mantiene una o más entrevistas en las que

se intenta dilucidar qué es lo que ellos identifican como problemático. En los casos en los que los padres no sean los que hayan detectado la sintomatología, (en estos casos en general cuando es en el colegio donde se evidencian las dificultades del niño considerado problemático no habiendo sido detectado a nivel familiar esta conflictiva nos encontramos con padres o cuidadores a su vez afectados psicopatológicamente. Tenemos en cuenta esta circunstancia en el PD. Consideramos necesario ponernos en contacto con quienes han detectado la problemática y Mantener una entrevista informativa.

Esta actividad desde este año viene siendo supervisada por un experto externo al grupo de profesionales con el objetivo de ir formulando un modo de hacer en la clínica y en la detección de patología y sus intervenciones más oportunas en esta CA, confeccionando una base de datos con objetivos de investigación epidemiológica e investigación cualitativa usando los Códigos diagnóstico PDM y el código operacional OPD2.

II. Hora de juego diagnóstica.

En este espacio se procede a hacer uso de una caja de juego diagnóstica especialmente preparada en función de la edad y problemática del niño consultante. En niños latentes en lugar del uso de caja de juegos se procede al uso de material para la realización de dibujos. Esta entrevista es libre y el profesional se dedica a investigar los mecanismos psíquicos presentes en la conducta del niño, así como la capacidad de expresión de los mismos a través del juego u otros medios simbólicos, o a través de medios pre-verbales o para-verbales. En los casos en que el consultante se encuentra altamente inhibido por el encuentro con un extraño (cosa que suele suceder en la población infantil en más de un caso), o que el caso lo requiera por sus características psicopatológicas se procede a realizar una segunda o tercera

hora de juego. En el caso de un latente se procede a investigar a partir de material gráfico (dibujos, collage, etc). En el caso de adolescentes o jóvenes se hace uso de la entrevista libre.

III. Evaluación del material.

Con el material recogido se evalúa la situación en su conjunto:

- Organización y dinámica familiar. Definición de las funciones materna y paterna.
- Estado psicopatológico de los adultos encargados de la crianza.
- Estado psicopatológico del niño o adolescente consultante.
- Se cuenta con un espacio de supervisión en el que se definen las intervenciones más oportunas.

IV. Devolución Diagnóstica.

- Se realiza una o más entrevistas de devolución tendientes a plantear a los adultos encargados de la crianza (en el caso de que la detección del problema haya surgido en el ámbito escolar se realiza una devolución a la persona de referencia con la que hemos establecido el primer contacto) la situación o situaciones detectadas como problemáticas. Cabe destacar que contamos con un protocolo de protección de datos. Dichas entrevistas poseen un carácter informativo. Sin embargo, en algunos casos, la consideramos un primer paso de intervención terapéutica ya que suele tener tales efectos.

- Se realizan una o más entrevistas con el niño o adolescente consultante transmitiéndoles, a su nivel de elaboración psíquica (lúdico, gráfico, ...) lo que hemos detectado como problemático y consideramos requiere de nuestra intervención.
- En los casos necesarios, se mantiene una entrevista con el CSMIJ o servicio que haya derivado al niño o adolescente informando de los datos arrojados por el PD, pudiendo dejar reflejado en un informe el material proveniente de dicho proceso, siempre atendiendo al protocolo de protección de datos.

1.2. TRATAMIENTO.

Niveles Asistenciales.

Una vez realizado el proceso diagnóstico el profesional que intervino en el caso indica el tipo de indicación terapéutica que considera oportuno llevar a cabo consensuado en el espacio de supervisión.

Se acompañará dicha intervención, en caso de considerarse necesario, con asesoramiento a nivel escolar de los profesionales del sector educación u otras áreas en las que el paciente requiera de apoyo.

A lo largo de estos años y en función del tipo de población que han requerido y requieren de nuestra intervención hemos desarrollado una serie de recursos que funcionan como apoyos a la intervención psicoterapéutica en el ámbito cotidiano en el que discurre la vida del paciente, contamos en este momento con dos niveles de intervención para aquellos niños o adolescentes que ven menoscabadas sus funciones yoicas, sus capacidades simbólicas así

como aquellos que participan de vínculos familiares que dificultan su constitución subjetiva.

1. **Acompañantes terapéuticos y apoyos psicopedagógicos.**

2. **Voluntarios:** Hemos desarrollado un sistema de voluntariado al que pueden acceder alumnos del último curso del Grado de Psicología y de Terapia Ocupacional. Dichos aspirantes reciben cada curso lectivo un curso de formación y tras una prueba pueden acceder a la acreditación como voluntarios y participar en intervenciones de apoyo a la psicoterapia en pacientes particularmente necesitados durante un año. Dicha intervención se diseña y supervisa por profesionales con una dilatada experiencia en este tipo de intervenciones con anuencia y colaboración del psicoterapeuta o psicoterapeutas a cargo de cada caso.

1.3. **INVESTIGACIÓN.**

La salud mental infantil, como el resto de especialidades médicas, debe alimentarse de su propio desarrollo. En este sentido la investigación es un puntal de ello. Es por esto que nuestra asociación se fundó hace 17 años en X promoviendo formación e investigación en psicoterapia infanto-juvenil. El colectivo de niños que se tratan en nuestro centro de atención clínica nos proveen de casuística que nos permite ir confeccionando trabajos de orden epidemiológico así como otros de carácter clínico y técnico que hemos ido publicando en diversos órganos de difusión (revista propia, artículos en diversas revistas, libros...). Nuestro interés es identificar los trastornos más frecuentes en la población infanto-juvenil y de modo precoz, evaluar las respuestas a las intervenciones planteadas e ir formulando los abordajes más

pertinentes. Esta forma de investigación sólo puede ser realizada a partir de los datos aportados por la cotidianeidad asistencial.

1.4. PREVENCIÓN.

“En salud mental infanto-juvenil prevenir es evitar patología en la edad adulta y evitar la encronización de procesos que deberían resolverse tempranamente¹”. Esta es la formulación desde la que proponemos un programa de seguimiento de situaciones de riesgo desde la primera infancia. Proponemos una cercana coordinación con el primer nivel de atención pediátrica.

Para realizar un trabajo preventivo y detección precoz de dificultades contamos con varios programas de intervención: Proyecto Alevín (trabajo grupal con padres durante el último trimestre del embarazo y a lo largo de todo el primer año de vida), Observación de bebés y canguros terapéuticos (programa de detección precoz de fallos constitutivos de los primeros pasos de la organización subjetiva, inspirados en los trabajos de la Escuela inglesa sobre todo de Esther Bick), Cine Forum (Proyección de películas en las que se trabaja con el público espontáneo asistente las relaciones parento-filiales en una librería –FNAC-, comenzamos nuestro segundo año de permanencia en este foro con asistencia completa del aforo), Escuela de Padres (trabajo con FAPAR Fundación de Asociaciones de Padres de X y organización de grupos operativos con padres tarea que venimos desarrollando desde hace 7 años en colegios públicos y concertados que lo solicitan) y un programa de radio en una radio local, de emisión semanal, sobre Salud Mental Infanto-juvenil.

¹ Avellanosa I, Rev. Pediatría en Atención Primaria, Vol I, Núm.3, 2000.

En este sentido la detección precoz de disfunciones vinculares y problemáticas psíquicas tempranas es una labor que nos hemos planteado como fundamental.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL.

La atención integral de niños y adolescentes de 0 a 18 años para la prevención, detección y atención de problemáticas en SMIJ. Incluimos también a jóvenes mayores de esta edad que se encuentren realizando estudios terciarios.

El primer objetivo es atender a niños, adolescentes y jóvenes que presenten una problemática a nivel de salud mental grave y que requieren de un tipo de asistencia específica a ser administrada a la mayor brevedad.

El segundo objetivo es dar asistencias a todos los niños, adolescentes y jóvenes en materia de salud mental que requieran intervención en SM en X.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Es un objetivo fundamental que la respuesta a la solicitud de intervención sea rápida no generando lista de espera.

3. ORGANIZACIÓN Y GESTION

3.1. FUNCIONAMIENTO DEL CIRCUITO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

- Recepción de la demanda (ficha administrativa).
- Asignación de los profesionales que configurarán el “Equipo Admisor”

4. RECURSOS HUMANOS

Los profesionales miembros de X y de la Escuela de Formación de Psicoterapeutas. En total se cuenta con unos 20 profesionales. La coordinadora del Departamento de Clínica indicará quienes han de hacerse cargo de los casos por los que lleguen solicitudes. La cualificación profesional de los psicoterapeutas son fundamentalmente psiquiatras, psicólogos y algún profesional en formación como psicoterapeuta que proviene del campo de la terapia ocupacional. La dedicación horaria que los profesionales ofrecen a este programa de apoyo es parcial haciéndose cargo de dos o a lo sumo tres pacientes de vez.

FORMULACIONES TEÓRICAS QUE INSPIRAN NUESTRO PROCEDER.

¿Cómo pensamos la clínica con niños desde nuestro dispositivo?

Desde que comenzamos con nuestro programa de apoyo a la SMIJ hemos atendido a más de 200 niños. La experiencia adquirida a medida que nos hemos ido consustanciando con el trabajo clínico nos ha ido permitiendo dar forma a nuestro modelo de intervención. Este ha sido el resultado de una compleja operatoria en el que seguramente el efecto de síntesis de introyecciones tempranas e identificaciones de la niñez que se han sumado a otras identificaciones posteriores provenientes de la experiencia de cada uno de los profesionales que participan como pacientes, del trabajo con

supervisores, de los diversos profesores con los que han ido estudiando en los seminarios, así como del grupo de colegas con los que comparten experiencias, todo esto cimentado con la práctica clínica con niños, adolescentes y sus familias.

Una cuestión a la que a lo largo de estos años hemos ido concediendo cada vez más importancia es al hecho de poder dotar de una mayor congruencia a lo que pensamos como terapeutas y a como operamos en la clínica en función de ello. Evidentemente, dicha congruencia está en consonancia directa con el modo en que hemos podido ir pensando el proceso terapéutico.

El campo clínico del psicoterapeuta de niños presenta complejidades de diverso orden, tanto a nivel teórico-técnico, como a nivel transferencial. Si bien la técnica del juego brindó la posibilidad de incursionar en el mundo representacional infantil, permitiendo el despliegue transferencial y logrando constituirse en un instrumento que ha mostrado ser de gran utilidad en la investigación del psiquismo infantil facilitando la posibilidad de establecer criterios diagnósticos de salud y enfermedad, otros problemas de orden metodológico y técnico necesitan ser dilucidados.

Para poder abordar esta tarea el terapeuta de niños debe buscar “en el interior de su mente...y en un estado semejante al que Bion describe como capacidad de revèrie, con las huellas dejadas por el niño que fuimos, percibir, comprender y contarle al adulto que ahora somos, aquello que sentimos, para poder hacer uso de ello en nuestro trabajo” (Waksman, 1988). Trabajo nada sencillo para lo cual nos vemos exigidos a ser observadores serenos e imparciales de los movimientos transferencia-contratransferencia. Nuestras comprensiones necesitan volver a ser codificadas vía sintaxis lúdica en una intervención que pueda enmarcarse dentro del escenario de juego. Frecuentemente hemos podido comprobar que una interpretación en código

verbal, emitida fuera del escenario lúdico propuesto por el niño, resulta ser para éste un elemento extraño, que o bien le resulta incomprensible o que opera como un elemento perturbador a ser desestimado en ese momento. Mientras que una interpretación que puede ser emitida como parte misma de ese escenario lúdico, jugando a lo que el niño juega, es rápidamente tenida en cuenta y aceptada por éste.

Hemos observado que la formalización de las interpretaciones es un elemento a ser tenido muy en cuenta en el tratamiento con niños ya que puede contribuir a generar resistencias en el niño. Hay niños que sólo en el juego y a través del juego pueden hacerse cargo de aspectos de sí mismos poco gratos, que de otro modo no hubieran podido ser abordados, léase envidia, sadismo, celos entre otros.

El diálogo analítico agrega algo más que lo distingue de cualquier otra relación humana esto se refiere a la interpretación de lo inconciente en la transferencia. Melanie Klein plantea en 1926 en "Psicoanálisis de niños": "...la diferencia entre el análisis de adultos respecto del de niños es puramente de técnica y no de principios, por lo tanto, no solamente nos ajustamos a las mismas normas del método psicoanalítico de adultos sino que también llegamos a sus mismos resultados. La única diferencia reside en que adaptamos sus procedimientos a la mente del niño". Manteniendo incólumes los principios fundamentales de nuestro método, nos encontramos que en la clínica con niños, con el diálogo que tiene lugar dentro del encuadre del que nos provee la sesión analítica. Allí se produce el encuentro entre un terapeuta, que posee una modalidad de comunicación que realiza fundamentalmente a través

del código verbal y el niño que se expresa a través de diversos modos comunicacionales pero que mayoritariamente lo realiza a través del juego. Si

bien equiparamos el juego a la asociación libre del adulto, éste posee, en el mejor de los casos, un manejo acabado del código verbal mientras que el juego nos plantea otro código, con otra sintaxis y otra semántica exigiéndonos otras aptitudes para su decodificación. No sólo hemos de estar atentos en el trabajo con niños a sus intercambios comunicativos provenientes de la sintaxis propia del juego. En la sesión terapéutica se producen otros intercambios comunicativos, estos se componen de las acciones, actitudes posturales y verbalizaciones que producen los niños mientras juegan y que también requieren de nuestra atención.

Por lo tanto, el terapeuta de niños se encuentra ante la tesitura de tener que estar dispuesto a comprender todos los modos de proceder del niño en sesión y a interpretar el significado inconsciente contenido en ellos. Dispone con esta finalidad de un encuadre particular que incluye una caja de juguetes y una consulta especialmente provista de las comodidades necesarias para adecuarse al despliegue del juego. También contamos con la teoría que nos provee de una serie de conceptualizaciones, que en el mejor de los casos, nos permitirán acercarnos a comprender ese lenguaje específico que es el juego. Llevamos a cabo un complejo trabajo psíquico que requiere de la puesta en marcha de una serie de operaciones mentales. Funcionamos como “traductores de distintas lenguas”. Observamos la escena que se despliega ante nuestros ojos, lo hacemos de la manera más imparcial posible. La primera traducción necesaria dentro de nuestras mentes, es la que opera sobre aquello que observamos: el sintagma lúdico. Este ha de ser traducido a un sintagma verbal que constituiría el contenido manifiesto y a partir de allí poder encontrar el camino hacia lo latente. Luego será menester establecer la conexión de significados pertinente para esa secuencia lúdica, que deberá encontrar su vía de expresión a través de la interpretación. La vehiculización de la interpretación a través de una formulación oportuna, vía la gramática del juego o a través del

código verbal es el siguiente paso. Nos hallamos en una ida y vuelta: del juego a las palabras y de las palabras al juego.

El jugar del analista puede hacerse necesario en estas circunstancias, una interpretación que puede ser emitida como parte misma de ese escenario lúdico, jugando a lo que el niño juega, puede ser tenida en cuenta con mayor facilidad. Al ser ésta aceptada y no contribuir a la gestación de un clima resistencial, promueve la configuración de un campo propicio para el insight. Al decir de Esther Bick: “Cuando analista y paciente están de acuerdo con la descripción lo que está sucediendo en la transferencia y la contratransferencia, su significado o interpretación podrá volverse gradualmente evidente para ambos”. La transferencia en el trabajo con niños suele ser de gran intensidad y lleva fácilmente a producir efectos contratransferenciales que pueden hacer que el analista se aleje de su posición de observador sereno e imparcial.

No menos importante resulta la compleja posición que debemos ocupar como analistas de niños entre el niño traído por unos padres de los que depende y los padres que acuden a un analista, las más de las veces, con el narcisismo dañado después de algún tipo de fracaso previo .

Nos vemos afectados por una suerte de superposiciones y de transferencias múltiples y complejas, así como por la incidencia de transferencias colaterales que tienen su origen en movimientos transferenciales con el terapeuta y con la situación misma de análisis y que parten de estos adultos que traen al niño. Dichas transferencias no son tratadas en el encuadre con el niño pero requieren de un espacio donde ser pensadas junto a los adultos en cuestión.

Se producen entonces, dos encuentros: el encuentro con los padres y el encuentro con el niño. Los padres nos plantean lo que a su parecer le sucede al niño y lo que creen que debe resolverse. El otro encuentro es el encuentro

con el niño con el que nos relacionaremos a través del juego. ¿Qué lugar ocupa en nuestra mente la narración que esos padres harán acerca de ese hijo? ¿Cómo puede operar esa narrativa en el preciso momento que se produce el encuentro con el niño? La particular visión del niño que los padres aportan al terapeuta a través de su relato puede operar en la mente del terapeuta como obstáculo a la hora de interpretar, aludiendo al concepto de competencia intertextual de J. Kristeva.

El texto producido por los padres en el encuentro con nosotros puede operar como obstáculo en el momento en que se produce el encuentro con el niño dificultando nuestra posición de observador imparcial y desapasionado. Sin embargo, plantear una clínica de niños que prescindiera de la narrativa de los padres es difícil de sostener actualmente. La palabra de los padres nos permite dilucidar quién es ese niño en la trama simbólica en la que está inmerso lo que nos permite situarlo en relación al discurso familiar.

Por lo tanto, el discurso del niño en parte está co-determinado por el discurso parental pero sólo en parte, no podemos considerar al inconciente infantil como mera proyección del de los padres sino como sujeto de su propio discurso. Además el discurso de los padres nos da la oportunidad de poder captar y resolver eventuales transferencias que de otro modo interferirían en la evolución del proceso terapéutico así como en la continuidad del mismo. Son los padres los que, en definitiva, se responsabilizan del tratamiento y han de sostenerlo.

Siempre que observamos en la clínica, se procede a ejecutar un recorte. Ese recorte lo ofician las particulares “gafas” que utilizamos para ver esa clínica. Con esta metáfora intento dar cuenta de la adscripción teórica que cada uno tenemos y que cuando observamos nos hace ser un observador distinto a otro según el esquema referencial del que se trate. De ahí que aún siendo el

mismo niño, el objeto de estudio, diferentes terapeutas podemos ver distintos niños según desde el vértice que lo observemos. Nuestras teorías operan como códigos o sea como un sistema de signos y reglas que nos permiten dar significado a los datos clínicos. Ordenamos los datos producto de la observación de un modo determinado otorgándoles una particular significación.

En función del código o teoría que utilicemos seleccionaremos los datos, los organizaremos y haremos una determinada atribución de sentido, en un complejo proceso de transposición de categorías. Transposición que va de la categoría del dato a la categoría del sentido. Las teorías psicoanalíticas funcionan como modelos explicativos que nos permiten comprender la complejísima realidad de nuestro trabajo clínico. Cada esquema referencial tiene la ineludible limitación de que hay aspectos de los que da cuenta y otros de los que no da cuenta, pero no por eso hemos de ponernos varias “gafas” de vez o sea sumar diversos modelos explicativos en aras de una mayor área de observación. Esto sólo haría que cayéramos en una irremediable confusión.

No hay “gafas mágicas” que puedan explicar todos los niveles implicados en la realidad de un fenómeno. Sin embargo, adscribimos a la idea de que para el buen desenvolvimiento profesional la situación ideal sería gozar de la mayor cultura posible en cuanto a formulaciones teórica desde distintos modelos, sólo que al trabajar con el paciente y al transmitir a una comunidad científica que hacemos con nuestros pacientes en sesión, en aras de mantener cierta claridad y coherencia las formulaciones clínicas sería más apropiado fueran realizadas desde dentro del marco provisto por uno de esos modelos.

Diversos posicionamientos teóricos en el campo del psicoanálisis infantil intentan dar cuenta de la constitución del psiquismo y en función de ésta de las intervenciones técnicas pertinentes. Desde allí es que podemos considerar incluir a los padres o no, mantener encuentros con los padres y sesiones sólo

con el niño, derivar a los padres o sólo a uno de ellos a otro analista, realizar sesiones familiares, sesiones vinculares con uno u otro de los

padres, cada uno de estos actos clínicos dependerá de nuestra adscripción teórico-técnica y del modelo de constitución del psiquismo del que partamos. Podemos plantearnos la cuestión desde el paradigma que se plantea un inconciente presente desde los inicios y en donde la constitución subjetiva se funda en lo intrapsíquico y lo innato y donde nuestra labor analítica circula en torno a los contenidos de la fantasía inconciente. Otra posibilidad está dada al pensar el inconciente del niño en relación con el deseo de los padres, apelamos entonces a otra concepción acerca de la constitución subjetiva en donde lo inter-subjetivo tendrá un lugar de peso. El discurso de la madre será fundante entonces. Otros paradigmas intentan dar cuenta del psiquismo del niño no sólo como reflejo del inconciente de los padres intentando comprender al psiquismo infantil como efecto de una compleja operatoria donde tanto lo intrasubjetivo como lo intersubjetivo aparecerán entrelazados dando lugar a configuraciones singulares.

Si pensamos la situación clínica como un campo de observación, a la vez que de interacción entre el niño y el terapeuta, e intentamos que ese campo se configure de modo tal que los datos provengan en su mayor grado de las variables aportadas por el niño, entonces, es muy importante que nos podamos plantear como lograr las condiciones más favorables para que allí pueda inscribirse el fenómeno transferencial sin tropiezos. El encuadre nos provee de ese marco que protegerá tanto al niño como al terapeuta: al niño de datos que puedan interferir en el proceso y al terapeuta de sus propios errores que alterarían la marcha del proceso. El terapeuta permanece atento a los derivados del inconciente, a las transferencias y a la contratransferencia y en disposición a interpretarlas en el encuentro con el niño durante la sesión

analítica. El encuadre forma parte de un continuum junto a los vaivenes de la transferencia y la contratransferencia, donde, desde esta perspectiva no hay lugar al planteamiento de su ruptura. En este marco se inscribirá el texto sobre el que posteriormente operará nuestra labor de desvelamiento.

Mantener la disposición mental más oportuna, para realizar la tarea a la que nos hemos comprometido puede atravesar diversos tropiezos a los que será menester estar atentos y que dependerá del par transferencia-contratransferencia. En este sentido la conceptualización de Bion acerca de la función continente del pecho de la madre aplicada al tratamiento psicoanalítico mantiene una relación de correspondencia con la función continente que le podemos atribuir al encuadre.

El concepto de *revèrie* materno da cuenta del mecanismo de comunicación primitivo que opera entre el niño y la madre a través de la identificación proyectiva. Podemos pensarlo semejante al contacto emocional intersubjetivo que observamos cuando desarrollamos nuestra función como analistas de niños. El material lúdico aportado por el niño, la contratransferencia y como no, nuestra experiencia lograda como terapeutas y los espacios de supervisión nos orientan acerca de cómo poder intervenir.

UN CASO DE NUESTRO CENTRO DE ATENCIÓN CLÍNICA

Entre los múltiples niños que nos ha aportado nuestro programa de apoyo a la SMIJ se encuentra Julia. Una niña de siete años, muy menudita, con grandes ojos azules vivarachos, un talante alegre y una franca disposición a jugar. Julia construye escenas lúdicas con riqueza imaginativa que provocan impacto estético. Impresionan los recursos que esta niña posee para representar con muy pocos elementos escenas de fácil comprensión. Sus

padres consultan porque no aprende en el colegio. Suele adjudicarle al terapeuta roles que se repiten de ciertas figuras como la monja, la enfermera, la mamá, la niña o la bebé lista.

El motivo de consulta explicitado por los padres es que Julia es descentrada y desobediente, no escucha y no aprende en el colegio. Al acudir a la consulta se le ha realizado ya un reconocimiento médico en donde se indica que posee una deficiencia mental superior al 40%. Ha sido adoptada cuando tenía 11 meses por un matrimonio que tenía dos hijos de 23 y 20 años. En el momento de la adopción su estado de salud era muy precario y su evolución psicomotora también, no pudiendo sostener la cabeza.

Comenta la madre en la entrevista inicial: “Queríamos más hijos teníamos miedo que los hijos propios salieran mal con deformaciones por mi edad y porque trabajo con material radioactivo. Por eso decidimos adoptar, pero tardó mucho... Queríamos lo que fuera, no importaba que tuviera deficiencias...Yo nunca he tolerado ver en la televisión a niños sufriendo y quería ayudar a alguno”.

El padre interviene planteando: “Yo he tenido una vida muy fácil... no sé lo que usted piensa acerca de la religión pero yo quería un hijo para el cielo. A mí pregunta acerca de que quiere decir esto para él, responde: necesitaba esforzarme en algo de verdad en esta vida y pensé esta hija podía ser mi obra para el cielo. Nos dijeron que tenía problemas que sería muy difícil su crianza y que teníamos que poner todo de parte nuestra....ahora pienso en mis otros hijos sobre todo en nuestra hija mayor que ha estado tan mal... hasta qué punto esta niña sería una hermana para nuestros hijos o una enferma para cuidar”.

La madre continua: “Nuestros dos hijos mayores estuvieron de acuerdo, les explicamos bien de que se trataba y adelante con los faroles... Julia ha requerido mucho esfuerzo sobre todo por mi parte, me he dedicado a ella las

24 horas del día a brazo partido, la recibimos con 11 meses y 5 kilos y no mantenía la cabeza erguida...”.

Se organiza un encuadre con Julia de dos sesiones semanales y un encuentro con los padres cada 15 días al comienzo y al año se distanció a un encuentro al mes. Otro terapeuta mantuvo entrevistas con la familia. El material relatado a continuación pertenece a las sesiones del segundo año de tratamiento de Julia.

La terapeuta abre la puerta y Julia se encuentra sola. En realidad hace como que viene sola, quiere hacer creer que viene sola. A unos metros se encuentra medio escondida su cuidadora. Le pide a la terapeuta que la mire por la mirilla para que vea como se acerca. Luego ella quiere verla también a ella. Dice: Veo tu ojo y ahora te robo la grabación de tu cabeza y me la meto en mi cabeza. La terapeuta le interpreta que al encontrarse después de un fin de semana ya no les es necesaria una grabación.

Acto seguido se tapa los oídos y se va. Vuelve y dice: J: Soy Clara y tú mi mamá.

A: Ah! ¿Entonces Julia no está?

J: Siempre se va, es que no quiere ser una niña normal.

A: A mí me parece que a Julia le pasa algo con eso de ser una niña normal, siempre quiere ser la más espectacular, la más lista y que A (la terapeuta) la tenga presente siempre en la cabeza.

J: Pues yo soy más lista que esa Julia.

A: Pues no sé, a mí me parece que Julia es muy lista, se da cuenta de muchas cosas. Antes no quería dejarme hablar y quería que yo hiciese todo lo que ella

decía que tenía que hacer, ahora me deja un poco más y puedo hablarle y decirle algunas cosas.

Se ríe.

J: Pero yo soy más lista que esa Julia. Tú eres mi única salvación para poder ser una niña normal y esto no es un juego (ha cambiado su tono de voz y lo dice muy seria).

A: Es verdad lo que dices, es importante que podamos pensar lo que te ocurre Julia y que es lo que está ocurriendo dentro tuyo que hace que no te sientas una niña normal y no puedas aprender.

J: Se acurruca frente a la estufa y con el dedo en la boca dice que es una niña muy pequeña que tiene mucho frío.

Le digo que necesita que yo cuide a esa niña pequeñita. Dice que ahora la niña se va a quedar dormida y que yo tengo que cuidarla. Tiene tos, come y vomita. Debo llevarla al hospital. El médico la ve y dice que hay que internarla. Pone dos sillas como si fuera una cama. La mamá se tiene que ir y dejarla sola cuando se duerma.

Le digo que me llama la atención esta historia porque si la niña se despierta su mamá no estará. Las mamás se quedan cuando los niños están enfermos en el hospital. Dice que esta es una mamá que no está. Cómo es el final de la sesión interrumpimos y nos despedimos. Al día siguiente, nuevamente quiere que yo crea que ha venido sola. Echa a su mamá. Propone que miremos por la mirilla de la puerta como el día anterior. Le dice a la mamá: ¡Vete que solo quiere estar con A!

A: Parece que quieres que mamá se ponga celosa que las dos nos quedemos juntas jugando

J: Ponemos las sillas como ayer. Es un hospital escuela, hay muchos niños que lloran. La enfermera los calma. Los padres se quedan esperando allí fuera (señala la salita de espera) a sus hijos. Los niños dejan abierta un poco la puerta para que los padres vean como todos los niños se abrazan a la enfermera así verán lo mucho que la quieren. Los padres tienen que decir “¡Devuélvame a mi hijo!” (con tono de enfado). Los hijos tienen que rechazar a los padres.

A: Los niños de esta historia quieren que los padres se pongan celosos de que quieren más a la enfermera que a ellos, que son sus padres.

J: Ahora los niños dicen, ella es mejor (la enfermera) Fuera, iros de aquí. Queremos quedarnos con ella para siempre. Queremos más a la enfermera que a nuestra mamá y nos vamos con ella al salón de juegos a jugar todo el día. Ahora moriros de envidia.

Ya es la hora de acabar la sesión. Llega la mamá. Esta vez quiere mirar por la mirilla a ver cómo llega la mamá. Como ha acabado ya la hora, le digo que no, que tenemos que terminar y que mañana continuaremos. Se enfada. Cuando abrimos la puerta y se encuentra con la madre la abraza y llena de besos y a mí ni me mira ni se despide.

Creo comenzar a comprender que cuando Julia se despide de mí por el fin de semana ella al volver quiere mirar, saber con quienes me he quedado ese fin de semana en la sala de juegos, con quienes me quedo jugando. Esto es lo que creo que ella intenta dramatizar con la escena de mirar por la mirilla. Ver con quienes me quedé, que quedó de Julia dentro mío. Mi interpretación en aquel momento no creo fuese acertada y Julia me lo hace saber tapándose los oídos y dramatizando una nueva escena: la de Clara la más lista de las niñas.

Ella se va y en la escena lúdica esto se transforma en que los papás se van. Ella echa a la mamá y también hace como que yo no existo cuando se va

y ante mis ojos le da besos y abrazos a la mamá quedando yo como tercero excluido, pasando de ser la productora de la escena de celos en ella al decir que la sesión se acabó, a ser la que padezco los sentimientos que se generan dentro de Julia ante la separación. ¿Con quién está A cuando Julia no está?

Ella se transforma en Clara y la niña vomita y a mi entender, esto tiene que ver con el rechazo que esta situación le produce. Cuando está conmigo me transforma en la enfermera genial que nunca la voy a abandonar, cuando digo que la sesión se acabó me transformo en quien la echa para quedarme jugando con otros niños. Sin embargo, ella no puede sentir esto sino que soy yo quien ha de padecer los celos.

A la sesión siguiente viene con la cuidadora. Me dice en la puerta que ella ha sido invitada al cumpleaños de Sergio junto con todos sus compañeros y que van a tener una fiesta genial en la que se lo van a pasar muy bien después de la sesión.

J: A ayúdame a hacer unos carteles. Hay que ponerlos en la puerta de la consulta que da a la sala de espera. Es la misma escena del día anterior. Los padres quedan fuera, rechazados por sus bebés. Los carteles tienen que decir “Padres no”.

Pasamos un buen rato confeccionando los carteles, yo soy una ayudante a la que ella le pide indicaciones de cómo escribir y además los carteles llevan mucha elaboración, llevan flores de colores alrededor del escrito.

A: Ahora entiendo, los bebés fueron dejados por sus padres enfermos en el hospital cuando estaban dormidos, ahora los bebés echan a sus padres.

A la sesión siguiente saca los carteles de su carpeta y los coloca nuevamente. Los padres no pueden creerse que los hijos los rechacen e insisten en ver a sus bebés. La enfermera ahora se transforma en una

enfermera mala que avisa a la policía para que haga que esos padres se marchen, porque no hacen más que molestar. Ella es la mejor de las enfermeras y sabe todos los juegos que los niños pueden jugar para divertirse. La enfermera debe decir “Nunca te dejaré”. Los bebés se disfrazan de enfermera para echar a los padres. Hay una bebita que es la más lista de todas, es nuevamente Clara. Clara también le dice a la enfermera “Nunca te dejaré me quedaré contigo para siempre”. Es la única que habla y ya sabe caminar. Es la preferida de la enfermera.

Le interpreto que la enfermera es una enfermera genial que tiene una beba genial sólo para ella. Si esa enfermera se queda para siempre con ella y todas las horas son para ella tenemos asegurado que habrá una bebita genial y que no habrá celos.

Al permitir el despliegue de las secuencias lúdicas dentro del marco provisto por el encuadre en cada sesión se va inscribiendo un texto o diversos textos, que son los sintagmas lúdicos que a modo de asociaciones libres irán dando cuenta de los movimientos transferenciales que van constituyendo el proceso analítico.

A poco de andar, a poco de permitir que se inscriba el texto, a poco de dar espacio a que se produzca el eco de la fantasía del niño dentro del continente del que le proveemos, podremos ir desvelando las conexiones causales que anudan las distintas escenas que constituyen este particular diálogo. Si aparecen los celos alguien va a enfermar de celos. Si mamá es la celosa, Julia no está celosa. Si la analista está celosa de la relación de Julia con su mamá o de la relación que Julia tiene con otros niños (Cumpleaños de Sergio después de la sesión) Julia no es la que se queda celosa de que la analista se quede jugando con otros niños en la Sala de juegos cuando ella se va. Lo importante es asegurarse de que los celos estén en otros, del mismo

modo que también es importante que yo sea una enfermera genial. Si soy una enfermera genial podré soportar y sobrevivir a los celos y no moriré de celos. Si siempre estuviera con ella, como la enfermera del juego, estaría garantizado el que ella no experimente nunca celos. Los celos son peligrosos, y lo importante es que los mismos sean experimentados por otro. Por ahora esto es lo se puede ir comprendiendo y transmitiendo a Julia. Julia comienza a leer y en el colegio detectan que Julia aumenta su comprensión lectora de modo importante.

A partir de la amplia práctica clínica y la experiencia alcanzada en el desarrollo de este programa de apoyo a la salud mental infantil y juvenil, se ha procurado incardinar un procedimiento que permita la intervención asistencial clínica desde un modelo teórico probado, la formación y difusión en esta área de la salud mental y la investigación clínica. Nuestro intento ha sido profundizar en nuevas formas de proceder en el avance del conocimiento científico que nos ocupa. Dicha intervención ha permitido una atención psicoterapéutica adecuada, con la consecuente mejora de la salud mental en la infancia y juventud de la población de la comunidad autónoma a la que se dirige. Este programa ha sido, y sigue siendo, un lugar de encuentro para poder pensar acerca del psiquismo, su constitución y reformulación en aras de un mayor bienestar y una menor patologización de la

Bibliografía

- Avellanosa, I. (2000). Revista de Pediatría en Atención Primaria, Vol. I (3).
- Bick, E. & Harris, M. (1989). Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick.
London: Karnak Books.
- Bion, W. (1967). Theory of Thinking, Second Thoughts. Heineman: Londres.
- Etchegoyen, H. (1986). Los fundamentos de la técnica Psicoanalítica. Amorrortu: Buenos Aires.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, Obras completas, Vol. XII, Amorrortu: Buenos Aires.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento, Obras completas, Vol. XI, Amorrortu: Buenos Aires.
- Gallo, A. et al. (2004). Encuadre, actitud analítica y contratransferencia, Revista de Psicoanálisis de APdeBA, Vol. XXVI (1).
- Ianni, R.G., Kaplan, E. & Failla, H.P. (2001). La biografía del niño relatada por los padres: ¿Fuente u obstáculo para la interpretación? Revista de Psicoanálisis de APdeBA, Vol. XXIII (3).
- Heimann, P. (2004). Acerca de los niños y los que ya no son niños. Biblioteca Nueva: Madrid.

- Klein, M. (1991). Obras completas, 1921-1945. Tomo I. El psicoanálisis de niños. Paidós Ibérica: Madrid.
- Kristeva, J. (1978). Semiótica I y II, Fundamentos, Vol. 1. Espiral: Madrid.
- López, B. (1984). Condiciones para la creatividad y el descubrimiento en la situación psicoanalítica, Psicoanálisis, Vol. XLII, pág. 49.
- Meltzer, D. (1968). El Proceso Psicoanalítico. Hormé, S.A.E.:Buenos Aires 1987.
- Levin, R. (1988). Analizan a un niño, Revista de Psicoanálisis de APdeBA, Vol. 10 (2).
- Manfred Cierpka (Comp.) (2011). Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD- 2): Preliminary assessment of its validity and inter-rater reliability.
- Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) (2007). International Psychoanalytical Association.
- Ríos, C. & Rimoldi, R. (1995). El objeto combinado y el encuadre. Simposium APdeBA. Buenos Aires.
- Sirota, A. (1988). Especificidades del diálogo en análisis de niños. Revista de Psicoanálisis de APdeBA, Vol. 10 (2).
- Sirota, A. (2008). Persona y presencia del analista de niños. El interjuego entre la persona, la presencia y la función analítica, Psicoanálisis, Vol. XXX (2/3), 339-346.

- Sigal de Rosenberg, A. (Comp.) (1995). El lugar de los padres en el psicoanálisis de los padres en el psicoanálisis de niños . Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Valeros, J. (1997). Acerca del Jugar del analista, Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires.
- Waksman, J. (1988). El doble diálogo del psicoanalista de niños. Revista de Psicoanálisis APdeBA, Vol. 10 2).

