

**Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales.**

*Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres*

**Universidad Nacional de San Luis**

Rector: Dr. Félix Daniel Nieto Quintas

Vicerrector: Dr. José Roberto Saad

**Secretario de Coordinación y Planificación Institucional:**

CPN Víctor Moriñigo

**Nueva Editorial Universitaria**

Avda. Ejército de los Andes 950 - Subsuelo Rectorado

Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5110

[www.neu.unsl.edu.ar](http://www.neu.unsl.edu.ar)

E mail: [neu@unsl.edu.ar](mailto:neu@unsl.edu.ar)

---

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU



## **Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales.**

*Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres*

### **Autoría**

**Alejandra Taborda:** *Dra. en Psicología. Prof. y Directora del Proyecto de Investigación, UNSL. Docente de Especialización de UCC y UBA. Autora de libros y publicaciones en revistas científicas nacionales y extranjeras. Premios obtenidos: Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, España, 2010; Fac. de Psicología, UBA, 2008 y AAPSM, 2006.*

**Elena Toranzo:** *Magister en Psicoterapia Psicoanalítica. Licenciada en Psicología. Docente de Grado y posgrado. UNSL y UCC. Prof Asociado en Psicología Clínica I y II. Investigadora Directora de Línea. Autora de libros y publicaciones en revistas científicas nacionales y extranjeras. Premios obtenidos: Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, España, 2010; Fac. de Psicología, UBA, 2008.*



Universidad  
Nacional de  
San Luis

**San Luis - Argentina 2017**

***Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales : diagnóstico y psicoterapia de niños y padres / Alejandra Taborda ; Elena Toranzo. - 1a ed. - San Luis : Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., 2016.***

***Libro digital, PDF***

***Archivo Digital: descarga***

***ISBN 978-987-733-084-7***

***1. Psicoanálisis. I. Toranzo, Elena II. Título***

***CDD 150.195***

**Dirección Administrativa NEU**

Omar Quinteros

**Departamento de Diseño y Diagramación NEU:**

José Sarmiento

Enrique Silvage

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

***ISBN 978-987-733-084-7***

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 2016 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis

## ÍNDICE

<b>Prólogo</b>	9
----------------	---

### PRIMERA PARTE

#### LECTURA PSICOANALÍTICA DE LAS DIFICULTADES ATENCIONALES

##### Capítulo 1

<b>Trastorno de déficit atencional ¿un malentendido actual?</b>	13
Controversias entre definición del trastorno y modalidades diagnósticas	16
Otra lectura posible. Algunos relatos gráficos y verbales	18
Bibliografía	24

##### Capítulo 2

<b>El lugar de la derivación escolar en la consulta psicológica</b>	27
Un modo de entender las derivaciones escolares	30
Bibliografía	35

##### Capítulo 3

<b>Lectura psicoanalítica de la atención y sus configuraciones clínicas</b>	37
A.- Niños con fuerte inhibiciones	41
B.- Niños cuya modalidad es alternante entre inhibición e impulsividad	44
C.- Niños cuya modalidad predominante es la hiperactividad-impulsividad	45
¿Es posible formular un nuevo indicador diagnóstico?	47
Bibliografía	49

**SEGUNDA PARTE**  
**ENFOQUE PSICOANALÍTICO RELACIONAL DEL**  
**DIAGNÓSTICO Y PSICOTERAPIA**

**Capítulo 4**

<b>Aspectos del encuadre y diseño terapéutico...</b>	53
Diagnóstico de las constelaciones sintomáticas del niño	55
Diagnóstico de conflictos parentales y transmisión transgeneracional	57
Grupos paralelos de padres e hijos	58
La institución, el equipo y la investigación	58
Bibliografía	62

**Capítulo 5**

<b>Diagnóstico de las constelaciones sintomáticas del niño desde el enfoque relacional</b>	67
Estrategia y estudio de las constelaciones sintomáticas del niño	68
Con los padres	69
Con el niño	72
Con docentes o miembros de la escuela que realizan la derivación	76
Complejidad del diagnóstico y sus enlaces con las vicisitudes de la recomendación terapéutica	78
Bibliografía	80

**Capítulo 6**

<b>Diagnóstico de la conflictiva parental y transmisión transgeneracional</b>	83
Consideraciones clínicas sobre la Entrevista para Padres	85
Puesta en relación de las instancias diagnósticas de padres e hijos	89
Bibliografía	93

**Capítulo 7**

<b>Un enfoque de psicoterapia psicoanalítica de grupo paralelos de padres e hijos</b>	95
Grupo y cambios de paradigmas	95
Breve cotejo y confluencias en la teoría y la técnica de grupo	99
Psicoterapia de grupos paralelos de padres e hijos.	
Un encuentro con Torras de Beà	94
Bibliografía	101

## **Capítulo 8**

<b>Al interior del grupo de padres</b>	103
Estudio clínico del grupo de padres y la problemática de la diferenciación	108
Bibliografía	120

## **Capítulo 9**

<b>Al interior de la psicoterapia de niños. El grupo se construye a sí mismo</b>	122
El grupo y su devenir	131
Bibliografía	135
<b>A modo de cierre</b>	136

## Prólogo

---

En este libro, compilamos y ampliamos diversas publicaciones elaboradas en la conjunción de la asistencia psicológica de niños derivados desde instituciones educativas, con la investigación clínica y empírica<sup>1</sup>. Ambas instancias se sustentan en modelos teóricos que ubican la dimensión relacional y los complejos fenómenos de identificación proyectiva que habitan los escenarios de la transmisión transgeneracional, como piedra angular de la estructuración del psiquismo.

Específicamente, en esta dialéctica, nos hemos abocado al estudio de las problemáticas emocionales subsumidas bajo el controvertido diagnóstico de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad que frecuentemente acompañan las derivaciones escolares. Diagnóstico, al que se arriba a partir de conductas observables que pierden de vista la complejidad implicada en la dimensión subjetiva, su peculiar arquitectura, las fijaciones a modos de ser, las intrincadas lógicas fantasmáticas y que similares conductas pueden observarse en sujetos con estructuras psicopatológicas diversas.

La base de datos construida en el trayecto de indagación iniciado en el año 2000, respalda ampliamente la aseveración que frente al sufrimiento psíquico, la atención es una de las primeras funciones que se alteran y muy frecuentemente, revela dificultades que no son de orden orgánico. Afirmación que pone en jaque la pretensión ilusoria de hacer caber la complejidad, el dolor y la angustia en una sigla (TDA TDA/H) y/o en un solitario comprimido. Imaginarios sobre los que urge trabajar, en lo individual y colectivo, para dar cabida a diagnósticos diferenciales y abordajes psicoterapéuticos, en los que la multicausalidad tenga lugar.

Desde este posicionamiento, en la primera parte de este libro presentamos la revisión de este consensado y discutido diagnóstico, que de una manera u otra involucra el aprender y puntualmente su preocupante consecuencia: *el frecuente uso de medicación y los abordajes reeducativos como modalidades terapéuticas por excelencia*. Revisión que, apoyada en estudios de eficiencia terapéutica, confluye en la propuesta de

---

<sup>1</sup> Desde el año 2000, en el Centro Interdisciplinario de Servicios (CIS) dependiente de la Universidad Nacional de San Luis (Argentina) se presta asistencia psicoterapéutica gratuita a personas de escasos recursos económicos y sin cobertura médica mutualizada, derivados desde instituciones escolares. Esta actividad se interrelaciona con el Proyecto de Investigación PROICO 22/H034 "Estudios clínicos y empíricos en prevención, diagnóstico, y psicoterapia psicoanalítica individual-grupal", dirigido por Dra. Taborda, avalado por Ciencia y Técnica de la UNSL.

La presente edición amplía y actualiza el material compilado en Taborda y Toranzo (2012) Enfoque relacional del diagnóstico y la psicoterapia. Editorial Académica Española



considerar como *nuevo indicador diagnóstico la valoración de la evolución de las dificultades atencionales -luego de seis meses a un año de psicoterapia- antes de recurrir a tratamientos farmacológicos*. La segunda parte, la constituye un abanico de intervenciones multifocales, sus fundamentos e ilustraciones clínicas. En este marco, el tratamiento inicia con una instancia diagnóstica-terapéutica individual y, en aquellos casos que es recomendable, desemboca en el abordaje psicoanalítico de grupo paralelos de padres e hijos.

A lo largo de esta edición, diagnóstico-terapéutica se entretienen con la dimensión relacional históricamente construida y desde allí, nuestro lente procura captar la indisoluble conjunción entre lo biológico, la experiencia vivida y las diversas mixturas que el inconsciente efectúa de dichas vivencias. Consideramos que entender la constitución del psiquismo a la luz de lo transmitido generacionalmente nos aleja de paradigmas pulsionales y nos abre nuevos caminos para diseñar e investigar abordajes psicoterapéuticos psicoanalíticos específicos. En este contexto, la interpretación se centra en el modo relacional, en los qué, cómo y por qué inconscientes se determina la repetición, la resistencia al cambio, el temor a lo desconocido.

El eje prioritario de la intervención gira en torno de la función de aporte por parte de lo externo, de aquello que el sujeto no puede producir por sí mismo. Los encuentros con otros, su capacidad estimulante combinada con los procesos de identificación, tienen la capacidad de producir construcciones/ reconstrucciones en la complejidad de la organización psíquica, a lo largo de la vida.

En otras palabras, los primeros años son fundacionales y delimitan significativamente puntos de anclaje de la identidad. Sin embargo, los movimientos progresivos/ regresivos, las múltiples combinaciones conscientes e inconscientes de la experiencia vivida, trascienden la primera infancia, porque los encuentros con otros, en el transcurrir vital, tienen la capacidad de producir nuevas inscripciones y cambios inter, intra y transobjetivos. Con lo cual la vida escolar, ofrece nuevas relaciones simétricas y asimétricas que tallan la constitución subjetiva y tornan de peculiar importancia la lectura y terapéutica de las dificultades que en ella pudieran surgir.

Alejandra Taborda y Elena Toranzo

**PRIMERA PARTE**  
**LECTURA PSICOANALÍTICA**  
**DE LAS DIFICULTADES ATENCIONALES**



# Capítulo 1

## Trastorno de Déficit Atencional

### ¿Un malentendido actual?

Alejandra Taborda y Daniel Díaz<sup>2</sup>

---

*“¿Qué es lo que constituye una ‘entidad de enfermedad’ o una ‘nueva enfermedad’? El médico (a diferencia del naturalista) se ocupa [...] de un solo organismo, el sujeto humano, que lucha por mantener su identidad en circunstancias adversas”.*

*Mckenzie (citado en Sacks, 2005, p. 25)*

Nuestra práctica clínica, desarrollada en el ámbito público y privado, nos ha demostrado que el mayor número de consultas por niños, especialmente varones, son solicitadas por dificultades de aprendizaje y frecuentemente se acompañan de diagnóstico previo de Déficit Atencional con o sin hiperactividad (TDA-TDA/H). Generalmente es la escuela, en principio, quien “descubre”, diagnostica, rotula, lo cual posteriormente, suele ser avalado por profesionales de la salud.

Hemos podido observar que esta categoría nosológica engloba las más diversas problemáticas que quedan acalladas, ocultas bajo este amplio rótulo. Lo descrito se torna preocupante considerando que, frente a este diagnóstico, la implementación de medicación como modo de tratamiento es cada vez más habitual. En la actualidad ha trascendido las posibilidades económicas para adquirirla, dado que algunos planes de salud pública la incorporan, tornándose cada vez más accesible su adquisición. Además, su indicación se ha extendido de niños hiperactivos a aquellos que presentan inhibiciones, olvidándose que frente a cualquier preocupación, perturbación o trastorno la atención es una de las primeras funciones que sufre alteración.

Por lo señalado planteamos interrogantes, tales como: ¿Por qué el TDA - TDAH ha tomado tal dimensión de popularidad en el ámbito de la educación y de la salud? ¿Todos los niños que reciben este diagnóstico lo padecen? ¿Cómo se llega a este diagnóstico?

Centralmente

*¿Estamos frente a un incremento del trastorno de Déficit Atencional o a criterios que llevan a la patologización y sobremedicación de la infancia?*

Al respecto, Faraone y otros, ya en el 2003, advierten acerca de las discrepancias

---

<sup>2</sup> Invitamos a Daniel Díaz a colaborar en el escrito de este capítulo por ser uno de los integrantes del equipo de trabajo que participó en los estudios etiológicos de la problemática.

encontradas en los resultados que arrojan diferentes estudios estadísticos sobre el TDA -TDAH. Los autores refieren que entre el 1% y el 18% de la población infantil recibe este diagnóstico. Estas diferencias tan significativas de los porcentajes pueden atribuirse a distintos criterios diagnósticos empleados (DSM-IV; CIE-9; CIE-10), los métodos, las fuentes de información y el tipo de estudio. En cuanto a la relación según el sexo, mencionan que los varones con mayor frecuencia, reciben este diagnóstico en una proporción de 1/ 3 a 1/6 y hasta 1/9.

Esta prevalencia, resulta coincidente con los registros obtenidos en nuestra experiencia clínica y de investigación, en la que es posible observar además, que más allá del síntoma por el que se consulta, existe un predominio de solicitud de atención psicológica por varones durante la niñez. En cambio en la adolescencia y la adultez, son mayoritariamente las mujeres las que llegan a nuestros consultorios. Este es un dato que nos resulta enigmático, sobre el que aún no tenemos una respuesta delineada, así como tampoco contamos con estudios epidemiológicos que avalen o, en su defecto, contradigan nuestras observaciones. A pesar de ello, no dejamos de mencionarlo porque lo descrito puede transformarse, para algunos de nuestros lectores, en una invitación a compartir nuestro interrogante, verificar su veracidad y pensar sobre el por qué de tal ocurrencia, que refiere a las relaciones entre constitución subjetiva, género y modernidad líquida.

La extensión del diagnóstico TDAH a TDA omite que la inhibición e hiperactividad son formas antagónicas de expresar el sufrimiento psíquico y las dificultades en el proceso de simbolización. La hiperactividad, las actuaciones procuran, a través del movimiento obstaculizar el pensamiento y la memorización. La inhibición, por su parte, constituye una barrera contra las representaciones, especialmente en aquellas generadoras de angustia. Por lo tanto, ambas constituyen un intento de fuga, de huida defensiva de la angustia que el sujeto realiza.

Brignoni (2007), señala que la inhibición alude al movimiento impedido, la impotencia a actuar, se presenta como una defensa que sustituye al deseo, motor del acto, que a su vez, frena los movimientos que el campo del saber requiere. En el otro extremo y, con frecuencia para salir de la inhibición y la impotencia, están las actuaciones, la hiperactividad que también se presentan como un *“no querer saber”*. En este sentido, en primer lugar se torna central, diferenciar las actuaciones del acto, este último, es una acción que transforma tanto la realidad como al sujeto que lo realiza, ya que es producto de una decisión, de una elección, es el efecto de un trabajo subjetivo desarrollado en tres momentos lógicos: el tiempo de percibir, el tiempo para comprender y evaluar las posibilidades de resolución, para recién

después concluir en el acto mismo. En cambio, en las actuaciones puede observarse una supresión del tiempo de comprensión y elaboración de un saber acerca de las decisiones tomadas.

Tanto frente a la inhibición, como en la hiperactividad y actuaciones la intersubjetividad, suele quedar atrapada en *“no querer saber de sí ni del otro”*, que puede propiciar en los que lo rodean actuaciones que promueven la exclusión. El riesgo en el campo educativo es que el educador y/o los equipos de salud actúen los sentimientos de impotencia, por sus dificultades para ser pensados y recomienden concretar tal exclusión. El sobrediagnóstico y sobremedicación de la infancia es una de las maneras en que dicha exclusión se concreta.

Es relevante tener presente que el sobrediagnóstico del trastorno es riesgoso porque:

- Los síntomas que con medicación quedan disimulados buscarán formas más regresivas de expresarse.
- La medicación (Metilfenidato) está contraindicada en patologías en las que la atención suele estar perturbada, como es el caso de los cuadros de depresión, trastorno generalizado del desarrollo, estructura borderline, psicosis, ansiedad, tensión, agitación, tics, entre otros.
- Estudios realizados en California, refieren que los pacientes tratados con metilfenidato tenían tres veces más posibilidades de utilizar cocaína al llegar a la edad adulta (Tallis en Janin, 2004).
- El diagnóstico nunca resultan neutros en la vida de una persona, por el contrario son terapéuticos o iatrogénicos.

Coincidimos con Bleichmar (2007), quien pone de relieve que la sobrepatologización y sobremedicación de la niñez obtura la posibilidad de pensar en los efectos de la sobreinformación y sobreexcitación precoz a la que los niños son sometidos -por los medios de comunicación y diversas situaciones cotidianas- al verse obligados a compartir escenas de la sexualidad adulta, sin que se considere el estado de impreparación simbólica y biológica de esta etapa evolutiva. A lo reseñado, consideramos apropiado agregar la pertinencia de considerar el impacto de ser testigos y/o víctimas directas de situaciones violentas, tanto en lo real como en lo virtual, a través de las múltiples pantallas que pueblan el cotidiano vivir.

## **Controversias entre definición del trastorno y modalidades diagnósticas**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad *“puede ser definido como un trastorno de base neurológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad. [...] También podemos definirlo por lo que no es: el TDAD/H no es un ‘bloqueo o problema emocional’ ni un problema específico de aprendizaje”* (Quirós y Joselevich, 2005).

Al respecto Tallis (2004), señala: *“...1- Existe un cuadro de origen biológico que presenta manifestaciones sintomáticas descritas bajo distintas denominaciones, y que son producto de trastornos de las funciones corticales superiores. 2- Todavía no hay certeza sobre las causas que lo originan y la forma de alteración de estas funciones, aunque hay hipótesis crecientes que lo vinculan con alteraciones de la regulación de neurotransmisores, con base genética”. [...] “El Trastorno por Déficit de Atención debe considerarse como una afectación de funciones corticales, que se expresa clínicamente por una serie de síntomas que denotan una alteración de los programas de coordinación de estas funciones...”* (Tallis op. cit. p. 194- 208).

Según las definiciones citadas, para sostener el diagnóstico de este trastorno, debería comprobarse el correlato orgánico. Sin embargo, en torno a esta problemática coexisten aún discusiones científicas que ponen el acento en el lóbulo frontal (anterior y posterior) que involucran a los núcleos basales como causantes del trastorno, generando desórdenes en las funciones ejecutivas de la atención y en la síntesis de Dopamina. Estas discusiones surgen de distintas pruebas de laboratorio, ya sean estudios genéticos o Tomografías por Emisión de Positrones (PET), que no se le realizan al niño que recibe este rótulo psicopatológico. De todas maneras, Tallis, (op. cit.) afirma que: *“... no existen marcadores biológicos que definan el síndrome, por lo cual no hay clínica, estudios de laboratorio, electrofisiología o imágenes que sirvan para confirmar el diagnóstico”*. (Tallis, op. cit. p. 214)

En consecuencia, sin contar con ningún método médico de evaluación (electroencefalograma, tomografía computada, resonancia magnética) que certifiquen el carácter biológico de estos cuadros, se arriba al diagnóstico en base al DSM-IV, instrumento que sólo permite realizar una descripción del trastorno, a través de conductas observables.

Una de las dificultades que plantea el uso del DSM-IV es el alto grado de comorbilidad señalada entre el TDAH, Trastorno Disocial y Trastorno Negativista Desafiante, ya que existe superposición entre los criterios delineados en cada uno de ellos. Además, en este instrumento diagnóstico la noción de neurosis se esfuma y presenta una sección específica

destinada a los trastornos de la infancia y adolescencia, en la que se aclara que dicha especificación obedece sólo a una cuestión de conveniencia y, que con ello, no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastorno infantil y adulto. Recomiendan que el clínico, al evaluar a un niño, tenga en cuenta las descripciones de otros apartados, tales como: delincuencia, psicopatías, depresiones, psicosis.

Lo enunciado contradice la afirmación realizada por Winnicott (1965), aún vigente:

*“...es necesario pensar todo el tiempo en el niño y el adolescente en desarrollo, constitución y cambio”.*

A nuestro entender, este concepto debería constituirse en la piedra angular de todo diagnóstico, el cual se extravía en la generalización propuesta por el DSM-IV y conduce, consecuentemente, al solapamiento de diversas problemáticas. La captura de las posibilidades de pensar en los por qué de la conducta manifiesta y la diversidad de la conflictiva que tras este diagnóstico se oculta, cabe insistir, conlleva tanto al sobrediagnóstico del trastorno como a la sobremedicación en la infancia.

Cuando esa conflictiva sintomatología es atendida psicoterapéuticamente, se puede promover un camino de resignificaciones, sustituciones y sublimaciones en un espacio relacional. En cambio, cuando es acallada buscará expresarse en formas defensivas cada vez más primitivas que tallan la manera de acercarse/ alejarse, conocer/ desconocer la realidad interna y externa. Formulación sostenida por Gratch al definir el TDAH como: *“...un trastorno de base neurológica o neuroquímica aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades yoicas y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno”* (Gratch, 2000. p. 17).

Por lo tanto, aún en caso de niños con déficit orgánico comprobado, resulta fundamental comprender cómo se constituye el psiquismo, las particularidades con que se presentan las dificultades que se infiltran en la comunicación a causa de la reproducción de conflictos intrapsíquicos, ansiedades, fantasías y sus articulaciones con los correlatos orgánicos que ocasionan déficit y detenciones en el desarrollo.

En este sentido, es preciso destacar que, durante los primeros años de vida, el desarrollo neuropsicológico implica un indisoluble enlace entre el potencial innato, lo congénito y las experiencias relacionales vividas, con las combinaciones que el inconsciente de ella realiza. En la actualidad numerosas investigaciones sobre genética, así como los últimos hallazgos sobre desarrollo cerebral (Kandel 1998; Ansermet y Magistretti, 2006; entre otros) indican que existe una co-determinación mutua entre subjetividad, ambiente, contexto histórico-social vulnerabilidad genética, conexiones neuronales y enfermedades.



Asimismo, Sacks (2005), Profesor de Neurología Clínica en el Albert Einstein College de Nueva York, sostiene que: *“El yo esencial del paciente es muy importante en los campos superiores de la Neurología, y en Psicología; está implicada aquí esencialmente la personalidad del enfermo, y no pueden desmembrarse el estudio de la enfermedad y el de la identidad. Esos trastornos y su descripción y estudio, constituyen sin duda, una disciplina nueva, a la que podríamos llamar ‘neurología de la identidad’, pues aborda los fundamentos nerviosos del yo, el viejo problema de mente y cerebro. Quizás haya, inevitablemente, un abismo, un abismo categorial, entre lo físico y lo psíquico; pero los estudios y los relatos, al pertenecer inseparablemente a ambos, [...] sirven precisamente para salvar ese abismo, para llevarnos hasta la intersección misma de mecanismo y vida, a la relación entre procesos fisiológicos y la biografía”* (Sacks, op. cit. p. 12)

Desde el paradigma que sostiene la disociación mente-cuerpo, el diagnóstico de Déficit Atencional al que se arriba, a pesar de no realizar todos los pasos que se divulgan en los estudios de laboratorio, dificulta aún más poder diferenciarlo de otros cuadros que pueden presentar sintomatología similar. La rapidez del diagnóstico descriptivo realizado por conductas observables favorece, más que al niño y su familia, a la ley del mercado farmacológico, ya que con frecuencia son medicados, en la mayoría de los casos, con metilfenidato<sup>3</sup> o pemolina<sup>4</sup>. Ambos comparten un mecanismo de acción similar: inhiben la recaptación de catecolaminas en las terminales nerviosas presinápticas y aumentan la concentración, principalmente de dopamina, en el espacio sináptico. El metilfenidato tiene un efecto clínico estimativo de tres horas por lo que se requiere dos a tres tomas diarias, usualmente desayuno, almuerzo y merienda (Stein y otros.1996). La pemolina tiene acciones más prolongadas por lo que generalmente requiere una toma diaria (Pelham; Greensdale y otros 1990). Además, la ingesta de este medicamento demanda monitoreos frecuentes de la función hepática, ya que se han reportado casos de fallas irreversibles en el funcionamiento de este órgano, asociados al consumo de la Pemolina (Shevell y Schreiber, 1997).

### **Otra lectura posible.**

#### **Algunos relatos gráficos y verbales**

A los efectos de estimular al lector a detenerse especialmente en lo señalado respecto a las dificultades que plantea el uso del DSM-IV, en cuanto al alto grado de comorbilidad y solapamientos de diversas problemáticas que tras el rótulo TDA/ TDAH se esconde, ilustramos a través de la producción gráfica de seis niños que asistieron a la consulta con diagnóstico de Déficit Atencional, otra lectura diagnóstica posible. Los historiales clínicos compartían, además la prescripción médica de tratamiento farmacológico que abandonaron con anterioridad a la consulta psicológica. Los relatos gráficos y verbales elaborados en los primeros momentos del proceso diagnóstico ante

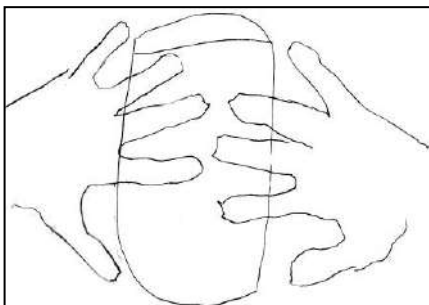
---

<sup>3</sup> Con la denominación comercial según el laboratorio: *“Concerta, Ritalina, Ritalina LA, Rubifen, Methylin”*

<sup>4</sup> *“Tamilan”*

la implementación de la técnica “Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta”, creada por Taborda (2010), cuyas consignas es: Contame un dibujo lo que le está pasando. Luego se solicita la creación de un relato y se explora conjuntamente con el niño las asociaciones que van surgiendo en conexión con lo que a él le sucede.

### “Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta” (1)

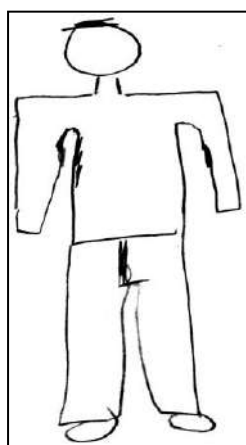


*Mi hermano y yo peleando por el Jarrón.*

*Se rompió, mi mamá se enojó”.*

*Julián, 6 años, 10 meses. Gemelo.*

### “Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta” (2)

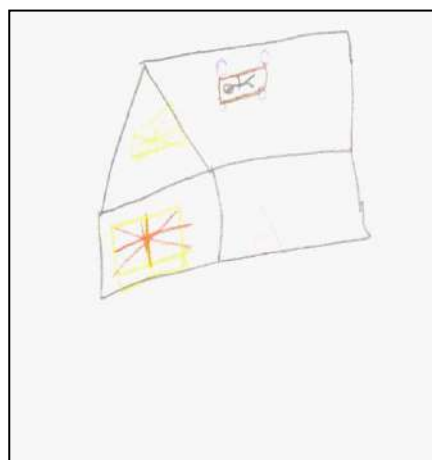


*“Es un fantasma. Esta quieto”.*

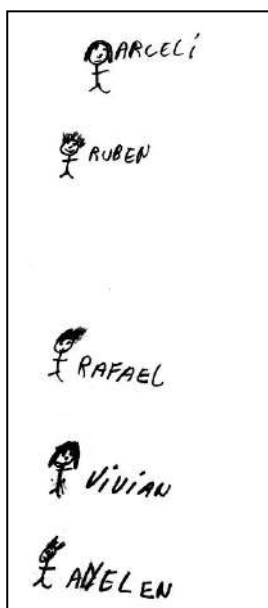
*Adrián, 8 años, 9 meses.*

### “Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta” (3)

*Es mi casa. La casa es bonita. Es fiera, no está barrida, está mugrienta, las camas no están tendidas. Mi hermano está arriba llorando en la cama porque mi papá le pegó con un chicote. Se escapó por el portón del auto de mi papá. Cuando mi papá se levanta, viene y se acuesta. Está sucia porque jugamos”.* Dora, 8 años 2 meses



### “Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta” (3.1)



**Araceli:** “esa niñita me pega y yo no le hago nada, los varones la mandan”.

**Rubén:** “me pega siempre y manda a los otros niñitos a que me peguen. A una compañera mía le toca la cola, le da besos. Él le hace pis en la cola”.

**Rafael:** “me pega en la vejiga, la cola, piernas y en la panza”

**Vivian:** “no me devuelve las cosas, los colores y la goma”.

**Ayelen:** me quita las cosas cuando salgo al recreo”.

*Dora, 8 años, 2 meses.*

Las producciones gráficas y sus relatos hablan por sí mismas e ilustran diferentes grados de perturbaciones que capturan la atención requerida para investir el mundo, así como también diferentes modalidades defensivas puestas en juego frente al sufrimiento psíquico.

Con el primer dibujo, Julián nos cuenta que desde la vida intrauterina está luchando con su hermano gemelo por el lugar que tiene en la relación con su madre. Atender al mundo circundante implicaría desatender al espacio relacional que necesita y no puede enteramente conseguir.

Adrián con su dibujo, expresa una gran tensión que lo paraliza. Sus temores hacen que le resulte sumamente dificultoso el contacto visual, olfativo, gustativo y táctil con los otros, quedando coartadas las posibilidades de discriminar. Si traducimos el lenguaje gráfico, en verbal podríamos decir: “si no veo, no escucho, no huelo tengo menos miedo”. No obstante, esto no le resulta suficiente, lo persecutorio se filtra y expresa: “es un fantasma”. Además, la quietud, la pasividad, se contraponen a: -las posibilidades de hacer frente a los avatares edípicos, -soportar la diferencia de sexo y -sus deseos de constituir su identidad masculina potente. La lucha por el lugar de hombres caduca antes de comenzar. La sexualidad en sí misma le resulta tan conflictiva que irrumpe en él como impensable, limitando los caminos de sustitución. Así, la expresión “es un fantasma” puede ser entendida desde una doble vertiente, dado que refiere tanto a la percepción de un mundo externo peligroso como a los intentos de negar su desarrollo psicosexual: “los fantasmas no tienen sexo”. En este sentido, mirar, oler, escuchar resultaría peligroso por lo excitante.

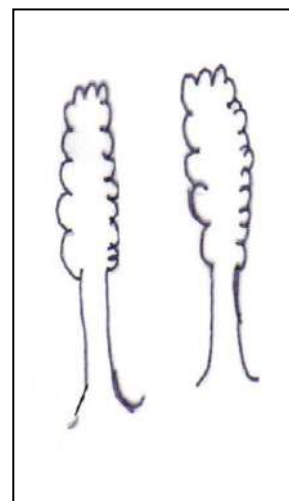
Los dos dibujos realizados por Dora para contar su motivo de consulta, nos hablan de los infructuosos esfuerzos de la niña por mantener una imagen valiosa de sí. La percepción de sí misma rápidamente se contamina con la irrupción de intensos sentimientos de inadecuación. La violencia que la niña sufre y de la que es testigo hace que, por momentos, se perciba cómo la causa de agresiones externa o inmersa en relaciones erotizadas con cualidades altamente persecutoria. Adultos y pares pueden agredirla en forma continua e imprevisible. Su sueño, su pensar queda preso del impacto de la agresión sufrida. Frente a esto, los intentos de reparación se tornan infructuosos, así como también sus posibilidades de controlar la agresión. El encerrarse en sí misma es una tentativa de buscar un autorefugio, pero el soportar la lleva a explotar y así, queda atrapada en este círculo de repetición.

Estas observaciones toman un cuerpo más definido si consideramos la consulta de un niño de 8 años, al que llamaremos Marcos, a quien un año antes de asistir a la primera consulta, se le suministró medicamento para incrementar su atención en la escuela, sustancia que dejó de ingerir, sin mediar la prescripción médica, dado que le produjeron estados nauseosos. En la primera entrevista, el niño con la voz entrecortada, sus hombros vueltos para adelante, sus brazos desplomados al costado de su cuerpo, su mirada dirigida al piso, contó de su profunda tristeza, de sus dificultades para ponerse en marcha, de llevar a cabo sus planes, mantener una organización temporal, del dolor que le producían las burlas y cargadas de sus compañeros, los esfuerzos que hacía día tras día para no reaccionar, aunque a veces no daba más y los agredía físicamente con toda su fuerza. Luego de atender, de manera silenciosa a los objetos del consultorio y posteriormente al rostro del terapeuta, dijo: *“mi papá no entiende que cuando me reta, me pongo nervioso y por eso me rió, él se enoja cada vez más y me pega, yo no puedo perdonarlo”*. A continuación de estas verbalizaciones, el niño realizó el siguiente dibujo y relato.

#### **“Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta” (4)**

*Son altos, están un poco viejos, muy redondeados y son anchos. Puede ser que a la semilla la arrastró una corriente de agua y por ahí la semilla con agua se entierra y empieza a crecer. Cada día fue creciendo hasta la estatura que tiene ahora. Después largó una semilla la puede tapar el viento con tierra y ahí creció otro árbol y así sucesivamente. Está en un bosque de álamos donde es un buen lugar para acampar y pasar el día domingo disfrutando del canto de los pájaros, los animales pacíficos. Puede que esté en medio del campo con otros álamos brindando sombra y frescura.*

*Marcos, 8 años, 3 meses.*



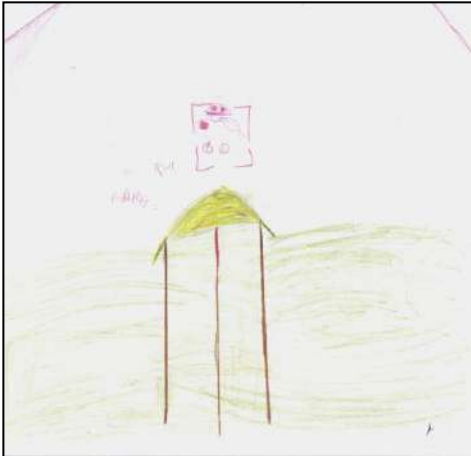
El dibujo y el relato del niño denotan su profunda tristeza, su vivencia de estar desgastado, desvitalizado, sus dificultades para sostener funciones yoicas que otorgan la posibilidad de sentirse unificado, así como también sus esfuerzos por controlar la agresión. Cuando dice: *"...Puede ser que a la semilla la arrastró una corriente de agua y por ahí la semilla con agua se entierra y empieza a crecer. Cada día fue creciendo..."* refiere que la desvitalización sienta sus bases en las dificultades de las primeras relaciones que no otorgaron el sostén suficiente para su crecimiento. Es relevante la capacidad del niño para captar la belleza e investir a la "madre" naturaleza con la cualidad de proporcionarle cobijo y vitalidad para integrar los cambios que su desarrollo imponen. También a través del *"Después largó una semilla, la puede tapar el viento con tierra y ahí creció otro árbol y así sucesivamente"*, nos habla de su búsqueda de elaborar lo persecutorio para encontrar nuevos caminos que den origen a un renacer de sus potencialidades creativas. Padres e hijo ¿Podrán constituir un modo de comunicación más confiable? Sólo así será factible la introyección e identificación con las figuras parentales que le permita sustituir los intercambios violentos y el desarrollo de la confianza básica.

Además, en la cuarta entrevista, Marcos (M) nombrando al psicodiagnóstico (P), con sus ojos agrandados en un rostro preocupado y un cuerpo tenso dijo: *"creo que te vas a enojar conmigo, yo descubrí un secreto, sé el número de tu alarma"*. Incrédulo el terapeuta preguntó: *"¿Cuál es?"*, el niño refirió correctamente el número. El diálogo continuó así: (P) *"¿Cómo lo descubriste?"* (M) *"Después fijate, cada número tiene como una marquita en el costado de tanto usarla"*. Lo más llamativo es que la alarma está en un pasillo por el que se pasa rápidamente, donde no hay lugar para pararse y observar detenidamente.

Si analizamos este episodio, podemos afirmar que Marcos tiene una sorprendente capacidad de minuciosas observaciones. También, cabe destacar que corporal y verbalmente, el niño manifestó su temor a provocar enojo por atender y, como consecuencia, descubrir el secreto que cuida al psicodiagnóstico de los que pudieran invadir, robar, entrar sin permiso en un espacio que procura ser protegido.

Con la intención de continuar ilustrando la importancia de realizar diagnósticos diferenciales, presentamos un recorte de la producción gráfica y verbal de Aldo y Lucas, ambos medicados durante tres años con Ritalina®, antes de la consulta psicológica. Seleccionamos este material clínico porque las producciones en sí mismas permiten inferir la profundidad de la perturbación que ambos niños padecían.

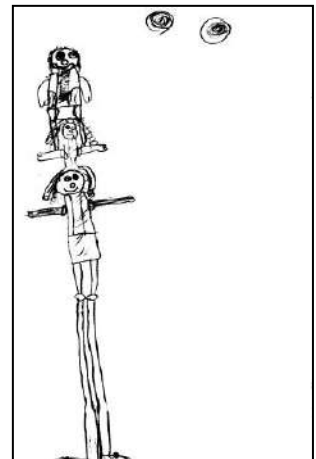
### “Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta” (5)



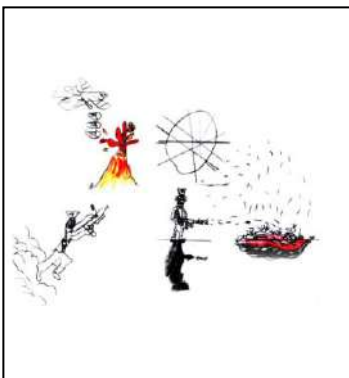
*Es un rancho. Vive gente que se divierte, hacen fiestas, toman la siesta, corren. Viven diez personas, son conocidos entre ellos, todos tienen un carné falso para entrar al club. Este es un extraterrestre, vuela, hace bromas, se divierte asustando a todos, corriendo y bailando. Aldo, 8 años, 1 mes*

### “Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta” (5.1)

*Son tres payasos del circo, uno triste, uno feliz y uno medio, medio. Son graciosos, se visten mal, se ponen ropa arrugada. Las manos son de palo. Tienen dos manos postizas, ojos graciosos (los dos de arriba a la izquierda) como un huracán. Uno tiene un ojo de vidrio y otro de madera. Aldo, 8 años, 1 mes*



### “Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta” (6)



*Un volcán explotó porque avión le tiró bombas. Un soldado ametralla el nido de pajaritos, le tiran piedras de arriba. Quedan todos muertos. La madre no los puede salvar, viene la cruz roja, pero llega tarde.*

*Lucas, 8 años, 10 meses.*

En síntesis, en todo proceso diagnóstico es nodal tener presente que comportamientos similares pueden referir estructuras psicopatológicas diversas. En coincidencia con Untoiglich (2012), señalamos que confundir diagnósticos descriptivos sobre conductas manifiestas con diagnósticos estructurales, conlleva el riesgo de que ciertos cuadros graves, transcurran larvados en la infancia, debido a que los comportamientos preponderantes sean, por ejemplo los problemas escolares, la desatención, la inhibición o su contratara la hiperactividad. Por ende, cuando la estructura haga eclosión -probablemente en la adolescencia- esté muy

reducida la posibilidad de intervenir debido a que se perdió un tiempo considerable, en el cual sólo se ocuparon de intentar modificar las conductas disruptivas, sin atender a las múltiples causas que la producían.

## **Bibliografía**

- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Bleichmar, S. (2007). *Paradojas de la sexualidad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Brignoni, S. (2007). *Una experiencia de conversación entre psicoanálisis y prácticas socio-educativas: de la gestión del usuario a la producción del sujeto*. [www.flacso.org.ar/formacion](http://www.flacso.org.ar/formacion). Clase 10.
- Cordes, M. y Maclaughlin, T. F. (2004). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and rating scales with a brief review of the Conners Teacher Rating Scale. *International Journal of Special Education*, 19,2.
- Chiozza, L. (2005). *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Faraone, S.V.; Sergeant, J.; Gillberg, C. y Biederman, J. (2003). La prevalencia a nivel mundial del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿es éste un trastorno típico de Estados Unidos? *World Psychiatry*, 2: 1, 104-113.
- Gratch, L. (2000). *El trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Panamericana.
- Janin, B.; Frizzera, C.; Heuser, M.; Rojas, M.C.; Tallis, J.; Untoiglich, G. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Joselevich, E. (comp.). Quirós, G.; Moyano, M.; Scandar, R. (2005). *A.D./H.D. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Kandel, E. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *Amer. J. Psychiat.* 155:457-469.
- Pelham, W y Greensdale K. (1990). Relative efficacy of long acting stimulants on children with ADHD. *Pediatrics*. (86: 226-237)
- Sacks, O. (2005). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Barcelona: Anagrama.

- Shevell M. y Schreiber R. (1997). Pemoline-associated hepatic failure: at critical analysis of the literature. *Pediatr Neurol.* (16:14-16)
- Stein. M.A. et al. (1996) Methlphenidate doping: Twice daily versus thrree times daily. *Pediatrics.* (98: 748-756).
- Taborda, A. "Trabajo con Imágenes en Proceso Diagnóstico de niños". *SEYPNA. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente: revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente.* N° 49. pp. 173-185. Año 2010.
- Taborda, A. (2011). *Prevención y diagnóstico en el ámbito del trabajo en red con instituciones escolares. Capítulo 15* En Extensiones Clínicas en Psicología Educacional. Compilado por Taborda y Leoz. San Luis Argentina. Nueva Editorial Universitaria.
- Taborda, A. y Leoz, G. (2012). (Comp.) Extensiones Clínicas en Psicología Educacional. San Luis. Nueva Editorial Universitaria. Volumen I y II. <http://www.neu.unsl.edu.ar/>
- Taborda, A. y Díaz, D. (2011). "¿Estamos frente a un incremento del trastorno de Deficit Atencional o a criterios de sobrepatologización de la infancia?". *Capítulo 17.* En Extensiones Clínicas en Psicología Educacional. Compilado por Taborda y Leoz. San Luis Argentina. Nueva Editorial Universitaria.
- Winnicott, D.W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional.* Trad.1996: J.Piatigorsky, Buenos Aires: Paidós.





## Capítulo 2

### El lugar de la derivación escolar en la consulta psicológica

Alejandra Taborda y Elena Toranzo

---

*“La escuela demanda tanto o más que la familia, donde síntomas son con frecuencia compensadas por adaptaciones -cuando no lisos y llanos sometimientos- parentales. Si funciona bien desnuda dificultades de relación con el aprendizaje y/o con los demás, incluidas las autoridades y la relación con las normas. Si no funciona tan bien, presiona a favor de la adaptación del niño, valorizando ésta por sobre su potencial creativo y su riqueza lúdica. Estos procesos van mucho más allá de sí mismos y de lo puramente “cognitivo”, ya que repercuten sobre todos los aspectos de la vida psíquica, aun los más alejados de todo lo concerniente a desarrollo intelectual”.*

Rodolfo (2012, p.71)

Como expresamos precedentemente, en nuestra práctica clínica hemos observado que el mayor número de consultas por niños, especialmente varones, son solicitadas a partir de derivaciones escolares y con frecuencia se acompañan de diagnósticos previos tales como dificultades de aprendizaje, *Dislexia*, *Discalculia*, *Disgrafía* o *Trastorno de Déficit Atencional*, con o sin *Hiperactividad*. En la actualidad, el sobrediagnóstico del Trastorno de Déficit Atencional delinea una problemática específica.

Para dar cuenta de la extensión y profundidad de la problemática, referimos un estudio de corte estadístico. Ésta indagación fue realizada en el Centro Interdisciplinario de Servicios (CIS) de la UNSL, por Taborda y Díaz (2007; 2008), entre los años 2000 y 2004, en base a una muestra integrada por 130 niños, de ambos sexo. Los datos obtenidos evidencian que en el 96% de los casos la atención psicológica para niños se solicita por derivaciones escolares, en una proporción de dos varones por una niña. Sólo el 4% solicita atención psicológica en forma espontánea, por síntomas que no atañen a lo escolar. Del 96%, el 33 % consulta por problemas de aprendizaje, el 54 % suman a esta problemática conductas impulsivas, el 10 % manifiestan que la derivación escolar se fundamenta en la presencia de conductas impulsivas que obstaculizan la

adaptación a las normas y el 3% restante consultan por fobias escolares. Una tendencia similar se registró durante el 2008-2010, el 88 % de la consulta por niño se realizó por problemas escolares.

Teniendo en cuenta el total de las consultas efectuadas a partir de la derivación escolar, en el 75% de los casos, esta fue aceptada y se desarrolló un proceso transferencial que permitió sostener la instancia diagnóstica y la derivación a tratamiento psicoterapéutico, en aquellos casos en que fue recomendable realizarla.

Al recibir en el CIS las derivaciones de las instituciones escolares por niños en las que, a modo de primer emergente, se refieren a inhibiciones consolidadas en el tiempo, que dificultan el aprendizaje y/o transgresiones severas a las normas académicas, hemos podido observar que ambas dificultades pueden manifestarse conjuntamente o a través de modos contrapuestos de expresar el sufrimiento psíquico. Dentro de estas modalidades antagónicas encontramos:

- 1) Niños que se oponen en forma agresiva sistemática y buscan, de manera desafiante, poner a prueba al otro repitiendo relaciones en las que priman las polaridades rechazar/ ser rechazado, castigar/ ser castigado, excluir/ ser excluido, someter/ ser sometido en círculos sadomasoquistas de repetición compulsiva.
- 2) En otro grupo, predomina la indiferencia, el ensimismamiento, la pasividad; que se manifiesta en algunos casos con retraimiento, inhibiciones en la capacidad para jugar, imaginar y expresar su mundo de fantasía, en plantear sus problemas, para pensar en diferentes alternativas y para enfrentar la ambivalencia. Cuando las alteraciones son aún más profundas, predomina un déficit en el desarrollo que se evidencia a través de severas dificultades de contacto con la realidad interna- externa, para mentalizar y verbalizar sus necesidades, emociones y conocimientos;
- 3) Los niños que ubicamos en el tercer grupo, alternan entre la impulsividad y la pasividad.

En relación con esto, consideramos que las dificultades anteriormente señaladas, con frecuencia, son modos contrapuestos en que la depresión primaria y los déficits en la constitución del narcisismo se manifiestan.

Una pregunta que resulta central es: ¿Por qué en la actualidad la derivación proveniente de las instituciones escolares tiene la fuerza suficiente como para motivar la consulta psicológica y/o médica? Estos interrogantes nos conducen a formular otros,

tales como: ¿Qué esconden/qué develan las dificultades para aprender? ¿Son problemas de aprendizaje o de fracaso de rendimiento escolar? ¿Las perturbaciones están en el niño, en las instituciones o en el encuentro entre lo individual, lo dual y lo grupal?

Al respecto, podemos señalar que en la actualidad circula un discurso alrededor de la integración, aunque resulta evidente que la gran problemática que enfrenta el hombre, gira en torno a la temida exclusión. En el ámbito educativo, la escuela es percibida como la primera institución que señala o, en su defecto, deniega la posibilidad de desarrollar un camino para incluirse en el sistema.

La escuela, por su carácter de obligatoriedad, es una de las pocas instituciones que influye activamente en la vida de todos y cada uno de los habitantes, por lo cual se convierte en un lugar de ineludible recepción de las problemáticas actuales. Si bien las derivaciones que de ellas provienen con frecuencia tienen una función preventiva, reconocemos que las instituciones educativas también están atravesadas por las crisis contemporáneas.

Los pocos recursos con los que cuenta y la fuerza de los vertiginosos cambios que no se alcanzan a pensar, generan tensión, dudas, sentimientos que provocan malestar y toman un cariz particular en cada institución, en cada docente, en cada niño. Por ejemplo, es indiscutible que en aulas sobrepobladas resulta altamente complejo enseñar y aprender contenidos programáticos; escuchar las dificultades, agresiones verbales que surgen en los grupos, promover caminos de sustitución de las agresiones físicas, etc. Podemos afirmar, que la función que la escuela debería cumplir en la constitución de la subjetividad, en muchas oportunidades, está empobrecida.

En otras palabras, como habitantes de esta época compartimos transformaciones rotundas y vertiginosas que impactan en las configuraciones culturales, en el ámbito individual, familiar, social, político y económico, regulado por las leyes del mercado y el libre consumo, sostenido por la globalización. Así, el discurso de la tan mentada integración convive con la incommensurable problemática de la exclusión.

En este marco, lo que sucede en el devenir de la vida llega de manera imprevista y desaparece sin previo aviso, ya nada se puede conocer con seguridad. Todo lo que se sabe, puede conocerse simultáneamente de otra manera, tan buena o tan mala como la primera y, por lo tanto, tan volátil y tan precaria que llena de inseguridad e incertidumbre. Estas transformaciones dejan sus huellas dentro del sistema educativo, en cada institución, en la práctica áulica, en los docentes, en los niños, en los padres, en todos y cada uno de nosotros.

El malestar que hoy se vive en las instituciones educativas es una temática

compleja, que trasciende nuestras fronteras y se configura como una problemática universal. Ya Doltó, en 1981, señaló que la escolarización basada en un nivel de inteligencia actualizable y en un ritmo homogéneo, puede promover el desarrollo de neurosis hasta en niños que vivían sanamente antes de la escolaridad.

### **Un modo de entender las derivaciones escolares**

Los problemas de aprendizaje en el ámbito escolar, no siempre pueden ser atribuidos a dificultades en la constitución psíquica, ni a inhibiciones cognitivas, tal como lo refieren Fernández (1997; 2000); Bleichmar (2000) Janin y cols. (2004); Janin (2011); Taborda de Velasco (2002); Taborda y Díaz (2004, 2007); Torras de Béa (2011); Untoiglich (2011), entre otros.

Las problemáticas que de algún modo refieren a *“no querer saber de sí ni de los otros”*, generó innumerables controversias entre los profesionales de la salud que las explican como déficit cognitivos con diferentes grados de profundidad, apoyados sólo en resultados psicométricos, sin considerar los alcances y limitaciones de las normas psicométricas y aquellos profesionales que consignan la importancia radical que reviste entender el sentido que el síntoma encierra.

Estos últimos aluden a la necesidad de alcanzar una comprensión diagnóstica de los procesos y funciones intelectuales en términos de constitución subjetiva. Si revisamos la bibliografía actual podemos observar que el paradigma probabilístico percentilar, a partir del que se delimita un Cociente Intelectual (CI), es cada vez menos utilizado y, desde diferentes líneas de investigación se señala la trascendencia de comprender la dinámica de la capacidad intelectual, en que las normas psicométricas se constituyen en un guía de evaluación que deben ser transversalizadas por la interpretación cualitativa de los resultados y el análisis de las recurrencias a lo largo del proceso diagnóstico (Taborda, 2002). A pesar de ello, simultáneamente se instala una atomización aún más contundente definida como Dislexia, Discalculia, Disgrafía, o en el actual sobrediagnóstico del Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad, rotulaciones que confunden la consecuencia con causas múltiples y pueden funcionar como sofisticados métodos de exclusión.

Quizás en los primeros momentos la atomización diagnóstica encerraba, para algunos, una esperanza, o cierta ingenuidad, dado que las funciones cognitivas estaban parcialmente afectadas, sólo se trataba de una de ellas: *“la atención”*, *“la escritura”*, *“el cálculo”*.

Además, las dificultades continúan explicándose desde la dimensión individual *“el niño problema”*, detrás del que se esconde otras dificultades institucionales que hablan

de desencuentros inter e intrageneracionales. Desde este planteo, procuramos poner en relieve la necesidad de tener siempre presente los paradigmas teóricos, técnicos, éticos e ideológicos en los que se sustentan las intervenciones que se proponen en el campo de la salud mental.

Es relevante referir que en la dimensión grupal la exclusión, los intentos de segregar, de dejar afuera lo diferente, siempre habla de un dolor que no puede transformarse en pensable, abarcable. En ocasiones, cuando referimos el sufrimiento psíquico que lleva a un niño a consolidar dificultades en el aprendizaje, olvidamos el malestar que provoca en el otro, por ejemplo en el docente, al ser receptor de proyecciones transferenciales del niño y su familia que lo exceden en su persona y en su rol.

Para estimular al lector a pensar en la problemática referimos una viñeta extraída en una entrevista con una docente de séptimo grado: *"...alguien puede decirme que quieren algunos alumnos, mucho tiempo quise buscarle la vuelta, ahora creo que me cansé te invitaría a ver una clase tenés diez que atienden preguntan, por suerte me dan vida, después tenés diez que atienden se interesan por algunas cosas, charlan un ratito pero trabajan con gusto y, también, tenés diez que vuelan y otros diez que se portan continuamente mal que no dejan dar clase, que te amargan a veces me digo a mi misma que debería matarlos con la indiferencia, a veces no sé".*

Lo expresado por la docente pone de relieve la necesidad de crear dispositivos en que los sentimientos dolorosos que surgen en los maestros, puedan ser escuchados, pensados para promover la posibilidad de reencuentros con la trascendental función que tiene la docencia en la transmisión transgeneracional y con el placer de enseñar/aprender de cada alumno, docente, integrante de la institución educativa.

Al pensar/aprender se activan movimientos subjetivantes y objetivantes de la realidad. Estos últimos se expresan a partir de poner en juego la capacidad de seriar, clasificar, agrupar, separar/ integrar. Ahora bien, ambos movimientos están entrelazados de tal modo que podemos afirmar, como lo señala Fernández (2000), que se aprende a clasificar en la medida en que el niño pueda encontrar un lugar en el mundo. Lugar que sólo es posible en una relación intersubjetiva que permita reconocerse como perteneciente o incluido en una clase: *"soy hijo de..."*, *"soy mujer..."*, *soy varón..."*, *"soy mayor"*, *"soy inteligente..."*, *"soy capaz..."* y conjuntamente, singularizarse en su diferencia, como único, seriado, distinto de los otros dentro de esa pertenencia. Solo de ese modo, podrá clasificar y seriar otros objetos.

La posibilidad de encontrar un lugar en el mundo de inclusión/diferenciación se

inscribe en el psiquismo en directa relación y correspondencia con las vivencias de fusión/ separación; indiscriminación/discriminación; introyectivos/ proyectivos y los regresivos/progresivos los movimientos. El proceso de separación, discriminación yo/no yo, interno/externo, conocido/ desconocido, es paulatino. En este sinuoso y complejo proceso no-lineal se conjugan diferentes momentos de la constitución del aparato psíquico y del camino de subjetivación, que otorgan la base para pensar el sentido de la problemática del atender-aprender.

En consecuencia, atender, pensar y aprender se despliegan en una matriz vincular y no hay vínculo sin una influencia mutua. Cada una de nuestras capacidades/ discapacidades naturales se desarrollan en torno a vivencias relacionales y a múltiples combinaciones conscientes e inconscientes que de ellas se realizan. Tal como afirma Echegoyen (1986) la vida desde sus inicios le plantea al ser humano una alternativa dramática que es la de ignorar la frustración, evacuándola o negándola, o bien, la posibilidad de reconocerla para tratar de modificarla.

La red vincular que envuelve el atender-aprender se desarrolla en torno a relaciones asimétricas y simétricas, duales y triangulares-grupales-institucionales en las cuales, a modo de escenario de trasfondo siempre presente, habitan una multiplicidad de personajes reales y fantaseados, entre otros quienes:

- Albergaron sueños para nuestras vidas y con ellos sembraron nuestro propio soñar.
- Dejaron un lugar para habitar nuestros propios sueños y construir modos personales de investir el mundo, de ser y estar en él.
- Fueron mostrando el camino para concretar nuestros propósitos para dar lugar a construcciones individuales y grupales en las que se articulan pasado, presente y los sueños futuros.
- Sostuvieron el *"así no, pero si querés te enseño"* soportando la frustración, enojo, impotencia/ omnipotencia que en un primer momento *"los así no"* provocaron.
- Permitieron los reencuentros con otros, con nosotros mismos y con el objeto de conocimiento después de los *"así no, pero si querés te enseño"*.
- Ayudaron a hacer tolerable el necesario encuentro con *"la falta"*, la incompletud, el reconocimiento de algo que resulta desconocido y de otro que puede enseñarlo.
- Iluminaron progresivamente, a medida que surgían preguntas, la búsqueda de nuevas integraciones de diferentes aspectos del objeto de conocimiento.

- Brindaron un espacio para acordar/ disentir, en el marco del “*si querés te enseño*” y así, permitieron abandonar las identificaciones imitativas para construir otras en las que la creatividad tuvo lugar.
- Impulsaron a luchar con sus desafíos, incluyendo desacreditaciones.
- Pudieron escuchar y pensar lo que queríamos comunicar.
- Hicieron soportable el necesario temor a las evaluaciones.
- Se configuraron en compañeros que facilitaron hacer frente a la dificultad, los pesares, otorgaron un lugar personal de pertenencia en el que se compartieron alegrías y conflictos.

Estos personajes reales y, a su vez, fantaseados que habitan las vidas privadas conviven también con:

- Las instituciones que -incluidas en los movimientos sociales- devienen en una transmisión de valores, normas, objetivos, que determinan una serie de modelos referenciales con los que se pauta cómo una persona debe construirse para integrarse a ellas.
- Los procesos sociales, económicos, políticos, culturales que enmarcan, pautan, favorecen/ dificultan, iluminan/ ocultan, el acceso a la cultura y a la comprensión del mundo natural, cultural y personal.

De esta manera, atender, pensar y aprender habitan vívidamente en un espacio entre “tú, yo y el conocimiento”, en el que aprendientes y enseñantes se modifican mutuamente al enfrentarse con movilizaciones múltiples sobre la percepción de sí, los otros, el mundo material y cultural. Entre ellas podemos mencionar: -el dolor psíquico que emerge con la indiferencia o su par antagónico, los actos agresivos, -el desamparo frente a la pérdida de marcos de referencia para pensar las dificultades que se suscitan, -el temor a lo desconocido, así como también, -las alegrías por el encuentro con otros facilitadores del pensar con...

Atender-aprender implica apropiarse del problema, desmenuzarlo, hacerlo trizas, a partir de la conjunción de movimientos subjetivante y objetivante de la realidad. Es decir, requiere de la capacidad de atender, sentir curiosidad y, luego, para hacerlo propio, poder desarmarlo, desentrañarlo, reorganizarlo hasta traducirlo a un lenguaje personal. Estas organizaciones y re-construcciones suponen corrientes continuas de transformaciones mutuas, de articulaciones entre el dominar/ ser dominado, mirar/ ser mirado, investir/ ser investido. Siempre teniendo presente que en el trabajo psíquico que conlleva aprender, se entrecruzan los deseos, sus avatares, el yo y los ideales (Janin y otros 2011). Asimismo, la autora señala que “*la posibilidad de conocer*



*está dada por la ampliación del campo de las representaciones secundarias a partir de la sobreinvertidura de las representaciones primarias, ampliación motorizada por los deseos y posibilitada por las transformaciones del yo con relación a las exigencias del ideal del yo” (Janin, 2011. p. 89).*

Las problemáticas que aparecen en el ámbito de las instituciones educativas, en torno al aprendizaje, en ocasiones refieren a: 1) déficit o trastornos en la constitución del aparato psíquico, que revelan dificultades en el camino de subjetivación, en estos casos los problemas escolares, se transforman en una primera carta de presentación, para posteriormente referir a otros sufrimientos que ya tienen larga data en la historia vital y familiar, transmitida transgeneracionalmente; 2) constelaciones sintomáticas de orden “neurótico” que expresan conflictos a modo de transacciones entre el retorno de lo reprimido y el deseo punitivo, la prohibición superyoica. Por ende, denotan una conflictiva intrapsíquica que emerge a posteriori de la estabilización represión primaria; o 3) fracasos académicos reactivos y/o transitorios en el transcurrir evolutivo. Estos últimos, afectan la capacidad de aprender en sus manifestaciones escolares, sin perturbar, al menos de manera perdurable, las funciones intelectuales básicas (percepción, atención, memoria, juicio y razonamiento), aunque pueden constituirse en un síntoma cuando estas dificultades se extienden de modo prolongado en el tiempo. En este sentido, queremos destacar la importancia de realizar cuidadosos diagnósticos diferenciales, en los que se tengan en cuenta el interjuego de la modalidad de atender, percibir, recordar, simbolizar y las peculiaridades en el vincularse-desvincularse con la realidad interna y externa. Además, es necesario tener presente que *“La inscripción social del individuo no depende exclusivamente de los suministros psíquicos primarios, sino de la calidad de la oferta social existente para su despliegue. La calidad de la oferta social (escuelas atractivas, docentes reflexivos, conocimientos acordes al capital simbólico que los niños traen de sus hogares) son los nuevos facilitadores que potencian la actividad subjetiva que caracteriza las producciones secundarias del individuo”* (Schlemenson, 2001. p. 22).

Desde esta perspectiva, la tarea diagnóstica del TDA conlleva a trascender el engañoso límite analítico del escenario institucional (lo que sucede en la institución educativa) o las características personales (lo que le acontece al sujeto), en pos de comprenderlo en términos de sus articulaciones como procesos amplios y activamente operante sobre esos sujetos, habitantes de una época, un tiempo, un espacio. Consecuentemente, plantear como objetivo primordial un corrimiento de la patologización de la vida cotidiana con sus articulaciones entre cultura y patología singular.

## Bibliografía

- Bleichmar, S. (2000). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Doltó, F. (1981). *La dificultad de vivir. 2. Psicoanálisis y sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- Echegoyen, R. (1986). *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernández, A. (1997). *La inteligencia atrapada. Abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, A. (2000). *Los idiomas del aprendiente. Análisis de modalidades de enseñanza en familias, escuelas y medios*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, A. (2000). *Psicopedagogía en psicodrama. Habitando el jugar*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Janin, B.; Frizzera, C.; Heuser, M.; Rojas, M.; Tallis, J. y Untoiglich, G. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Janin, B. (2011). *El aprendizaje escolar y las intervenciones psicoanalíticas*. Capítulo 26. En *Extensiones Clínicas en el ámbito de la Psicología Educativa*. Compilado por Taborda y Leoz. Argentina, San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Rodulfo, R. (2012). *“Cinco instancias de Subjetivación en la infancia y niñez contemporáneas”*. Cap. 5 Vol I. En *Extensiones Clínicas en el ámbito de la Psicología Educativa*. Compilado por Taborda y Leoz. Argentina. Nueva Editorial Universitaria.
- Schlemenson, S. (2001). *“Niños que no aprenden. Actualizaciones en el diagnóstico psicopedagógico”*. Buenos Aires. Paidós.
- Taborda de Velasco, A. (2002). *“La Capacidad Intelectual en niños de 4 a 6 años. Diagnóstico de su Dinámica. Estudio Clínico del WPPSI, DFH y BG.”* Buenos Aires. Lumen.
- Taborda, A y Díaz, D. (2004). *“Tratamiento Psicoterapéutico individual y Grupal en niños con Diagnóstico de Déficit Atencional”*. Revista Topia. [www.topia.com.ar/articulos/204](http://www.topia.com.ar/articulos/204).
- Taborda, A. y Díaz, D. (2007). Capítulos 15 *“Revisión crítica del diagnóstico de déficit atencional. Un abordaje psicoterapéutico psicoanalítico”*. En Triolo Moya y Giordano *“La cultura Actual. Su impacto en distintos campos disciplinares”*. San Luis. LAE.

- Taborda, A. y Díaz, D. (2007). Capítulos 19 *“¿Estamos frente a un incremento del trastorno de déficit atencional o a criterios que llevan a la patologización y sobremedicación de la infancia?”*. En Triolo Moya y Giordano *“La cultura Actual. Su impacto en distintos campos disciplinares”*. San Luis. LAE.
- Taborda, A.; Díaz, D.; Abraham, M.; Toranzo, H. *“Abordaje Psicoterapéutico Psicoanalítico. Aportes empíricos para la revisión crítica del diagnóstico de déficit atencional y su tratamiento”*. *Premio de Facultad de Psicología. UBA. 2008*.
- Taborda, A.; *“El diagnóstico de déficit atencional y la sobremedicación en la infancia”*. *Premio de la Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental (AASM). 2007*.
- Torras de Beà (2011). Capítulo 17 *“La Dislexia y otros trastornos de aprendizaje”*. En Extensiones Clínicas en el ámbito de la Psicología Educacional. Compilado por Taborda y Leoz. Argentina. Nueva Editorial Universitaria.
- Untoiglich, G. (2011). Capítulo 5 *“¿Cómo se constituye subjetividad en tiempos de modernidad líquida? Encrucijadas de la escuela y la clínica actual”*. En Extensiones Clínicas en el ámbito de la Psicología Educacional. Comp. Taborda y Leoz. San Luis: Nueva Ed. Universitaria.

### Capítulo 3

## Lectura psicoanalítica de la atención y sus configuraciones clínicas

Alejandra Taborda y Daniel Díaz<sup>5</sup>

---

*“No tenemos un cuerpo distinto del alma, porque lo que denominamos cuerpo es la parte del alma que se percibe con los cinco sentidos. Análogamente podríamos sostener que no tenemos un alma distinta del cuerpo, porque lo que llamamos alma es la cualidad del cuerpo que denominamos vida”.*

*Blake (citado en Chiozza, 2005, p.45)*

Si se plantea la atención como una función que forma parte de un conjunto sistémico e interdependiente de las funciones psicológicas (lenguaje, memoria, razonamiento, entre otras), cuando se presenta alguna alteración o desarrollo insuficiente en alguna de ellas, se afectará en mayor o menor medida las otras, tanto en la esfera cognoscitiva como en la afectiva-emocional.

La atención es una actividad psíquica compleja, que es la conciencia misma, selectivamente aplicada a la captación diferencial de los objetos, que permite conocerlos. En el fluir constante de los hechos de conciencia, nada se distingue hasta que no se atiende, es decir hasta que no se recorta en la continuidad de la corriente, un hecho, que voluntaria o involuntariamente se detiene en ella. Su origen es muy primario, pues atender obedece a los reclamos vitales más profundos, al elemental discernimiento de lo útil o lo nocivo en relación con la defensa instintiva de la vida. La atención, es pues, en su forma esencial y primigenia, una expresión afectiva, que se configura desde los momentos iniciales de la vida.

El nacimiento es el primer paso, triunfante y doloroso. Este triunfo conlleva el duelo de la pérdida de la madre que daba todo y era todo cuanto necesitaba, para dar lugar, entre otras vivencias, al esfuerzo muscular para respirar, a la desoladora experiencia de la ausencia, de la discontinuidad, reemplazada por un ritmo de alimentación, al digerir y descomponer por sí mismo ese alimento.

---

<sup>5</sup> Invitamos a Daniel Díaz a colaborar en el escrito de este capítulo por ser uno de los integrantes del equipo de trabajo que participó en los estudios etiológicos de la problemática.

Esta experiencia sólo podrá ser tolerada en la medida que otro brinde la oportunidad de vivir la omnipotente ilusión de que el pecho es parte de él y, así paulatinamente, introduzca las frustraciones que pueden ser soportadas por el bebé, sin quedar inundado por ellas. (Winnicott, 1979). El rescate del bebé, es posible cuando existe un grupo interno y externo real que sostiene el desarrollo de la función materna desempeñada por la madre o un sustituto. La relación “madre-grupo” y bebé se constituye como el primer objeto de identificación constituyente del yo. Es decir, se instaura a modo de un paradigma que sienta las bases para los procesos de investimento del self, de los objetos y talla la modalidad de comunicación posterior. El ambiente de amparo que provee “la madre-grupo” se internaliza dentro del yo y es el ingrediente esencial del vínculo de amor, raíz de la confianza, ternura, amistad, capacidad de atender y de aprender. En un vínculo de confianza “la madre-grupo” comunica al niño su fiabilidad, el sentimiento de permanencia, constancia, y en este contexto, el niño podrá expresar su vitalidad y crecimiento. Inscripciones inconscientes iniciales que acompañarán los procesos de investir-atender la realidad interna y externa.

Brazelton y Cramer (1993), demostraron la importancia de que el adulto sea especialmente sensible a los breves ciclos de atención (contacto)/ desatención (retraimiento) que necesita el bebé para mantener una interacción prolongada. Es precisamente este carácter cíclico del atender/ retraerse lo que les permite conservar cierto control sobre la cantidad y calidad de estimulación que absorben al comunicarse con otro. También Meltzer (1975) y Bion (1970), han puesto el acento en la función materna como objeto pensante capaz de construir un andamiaje de significación para las primitivas experiencias infantiles. La falla de *revêrie*, en su estado extremo, es la descrita en los niños autistas: en el vínculo entre un niño muy sensible y una “madre-grupo” que no puede sostener su atención y ayudarlo a atravesar el conflicto estético, transformando el bombardeo de estímulos en experiencias de las que se puede aprender. La atención es el timón que guía el órgano de la conciencia en el fértil mundo de las cualidades psíquicas. El mecanismo a través del cual se produce el desmantelamiento en los estados autistas involucra un “dejar caer” la atención (Meltzer, op. cit.). Si bien los bebés traen en su dotación innata la facultad de percibir “gestalten”, la atención como función mental, en un comienzo la provee la “madre-grupo”, quien al estar conectada con el bebé “tira”, sostiene su atención. En cambio, la atención “suspendida” se relaciona con el fracaso de dicho sostén a un bebé muy sensible, que no puede “prenderse” a la atención

de la “madre-grupo” y afrontar “la complejidad del mundo”, incluidas sus propias emociones y sensaciones.

Los estudios aplicados demuestran que inmediatamente después de nacer, el bebé sano es capaz, aunque sea de forma incipiente, de realizar funciones fundamentales como: la atención (fija su mirada en objetos cercanos a su vista); la diferenciación y elección (entre otros objetos y voces, mira selectivamente hacia el rostro humano y gira su cabeza hacia la voz materna); y la integración de experiencias y aprendizajes (muy pronto reconoce las situaciones que ya ha vivido anteriormente).

Estas capacidades se desarrollan en la matriz de la interacción con las personas de su entorno encargadas de presentar el mundo al bebé y el bebé al mundo. Su vista y su oído se ligan a los estímulos visuales y auditivos, especialmente aquellos que se vinculan con experiencias emocionales, que llaman su atención y despiertan su interés. De esta relación, surgen los estímulos imprescindibles para que el niño pueda organizar su mente, construya su relación con la realidad exterior y las bases de su capacidad de aprender. Desde esta perspectiva, las conductas observables de inhibición (desatención) y la impulsividad (hiperactividad), tienen su génesis y desarrollo en un espacio relacional. Cabe mencionar que la orientación de la acción, es, ante todo, un propósito que “se dirige hacia el futuro”, se vincula con percepciones, con deseos, y así como el deseo lleva implícito un recuerdo, el propósito incluye un afecto.

Desde la embriología hay un tiempo determinado para el desarrollo de cada órgano y si esto no ocurre dentro del periodo adecuado, ya no lo hará o lo hará deficitariamente. En psicología sucede algo parecido: la clínica muestra qué funciones que no se desarrollaron en la franja de tiempo destinada a ello, ya no lo harán o, frecuentemente, serán deficitarias y tendrán limitaciones que además dejarán secuelas en todos los complejos desarrollos que dependen de las mismas.

Al respecto Bleichmar (1997), refiere que en diferentes marcos teóricos se explica la importancia de la dimensión relacional en la configuración de las funciones yoicas y superyoicas, pero presenta un aporte superador al señalar que la función deseante tiene su génesis e historia en las relaciones con los otros.

El Ello como núcleo inicial innato, requiere ser desarrollado; su energía no está limitada a la que tuvo en sus orígenes, sus formas de manifestación no

están preformadas para luego simplemente desplegarse o reprimirse. Lo que está en el otro adquiere existencia en el sujeto a partir de dos procesos básicos: la identificación y los efectos estimulantes/ estructurantes que su actividad genera en el psiquismo. Tales efectos quedan registrados no sólo como recuerdo sino como función, como capacidad de poner en acto, de ejecutar una cierta actividad.

Los primeros años son fundacionales e inscriben puntos de anclaje de la organización psíquica que sostiene la identidad. El flujo y devenir de esta organización continua, durante el transcurrir vital, en proceso de constitución, dado que los encuentros con otros tienen la capacidad de producir nuevas inscripciones y cambios inter, intra y trans subjetivos.

Según esta línea de pensamiento, es necesario referir que para arribar a la complejidad del inconsciente se debe distinguir entre: -lo secundariamente constituido, -lo originariamente inconsciente, -lo no inscripto o no constituido.

- Lo secundariamente constituido: corresponde a aquello que habiendo estado en la conciencia fue relegado al inconsciente por la angustia que producía su permanencia. Descripto por Freud desde los comienzos de su obra, al señalar que los deseos sexuales y hostiles que entraban en contradicción con las representaciones “oficiales” del sujeto, eran apartados de la conciencia.
- Lo originariamente inconsciente: lo que nunca estuvo en la conciencia pero se halla activo en el inconsciente. Es lo que se inscribe en un momento determinado en el psiquismo y lo hace directamente en el inconsciente, sin que haya mediación consciente. Gran parte de los intercambios emocionales/ pulsionales entre el sujeto y los otros significativos, tienen esta cualidad de ser originariamente inconsciente y fundante del mismo. Se trata de inscripciones generadas por la acción de otro que transmite al sujeto ciertas representaciones cargadas de afecto, sin que estos contenidos hayan pasado por la conciencia de uno ni de otro protagonista.
- Lo no inscripto en el inconsciente, lo no constituido: *“el código de peligro produce la no inscripción de ciertas representaciones del código de placer”* (Bleichmar, 1997. p. 150) Los sujetos para quienes el mundo fue registrado como peligroso y ellos como impotentes, presentan déficit en la inscripción de objetos vivenciados como apetecibles, protectores, por lo tanto las representaciones de sí como valioso/ valiosa, ni siquiera están reprimidas. Es muy diferente que un contenido sea para el sujeto objeto de deseo y que por culpa, persecución o conflicto lo reprima y funcione como si no existiera, a que ese contenido nunca haya sido inscripto.

El psiquismo se constituye en el interjuego entre los encuentros/ desencuentros emocionales con otros y las propias mixturas que el inconsciente va configurando de lo vivido en el espacio relacional. La autoestima, capacidad de apaciguamiento, intensidad deseante, modalidades de desear y contenidos temáticos de los deseos. Así como también, la dominancia, concordancia y contradicción entre ellos, el sistema de alerta, tiempo de espera de la resolución del displacer, la angustia de desintegración y fragmentación, los triunfos, avatares edípicos y el pasaje a la vida grupal extrafamiliar, son configurados en dicho interjuego.

En síntesis, el modo en que un niño se relaciona consigo mismo, con los otros, está íntimamente ligado con los complejos procesos de fusión-separación constitutivos del psiquismo y los movimientos subjetivantes/objetivantes de la realidad interna y/o externa. Los mismos tallan y otorgan, a lo largo de la vida, sus propias peculiaridades al modo de atender/atenderse; desatender/desatenderse; pensar/pensarse. En este sentido, cabe destacar los riesgos de la corrección de la conducta, dado que el síntoma en sí mismo tiene una función en el equilibrio psíquico.

Abocados a brindar otra mirada, respaldados en la investigación descriptiva, del material clínico recogido, hemos delineado tres grandes grupos que denotan una singular dinámica relacional que estimula una constitución subjetiva distintiva. Como denominador común de los tres grupos que caracterizamos podemos referir la presencia de duelos familiares vividos a corta edad del niño.

#### **A- Niños con fuerte inhibiciones**

Los historiales clínicos analizados denotan que la inhibición puede responder a diversas causas: tristeza crónica o reactiva por duelo reciente, temores intensos que los lleva a una extrema vigilancia, procesos de retraimiento o repliegue al mundo interno.

El estudio de las historias de vida de los niños que manifiestan indiferencia, falta de emoción e incapacidad aparente para sufrir, también denotan diferentes modalidades vinculares. En primer término, describiremos aquellas en que la indiferencia paterna signa el espacio intersubjetivo, conjugado con temores excesivos de la madre, quien se ocupa de las necesidades del niño y de llevar a cabo, desde muy temprana edad, un amplio recorrido de consultas médicas.

Los profesionales de la salud consultados se convierten en testigos de las dudas sobre su propia capacidad de cuidar, de crear, de los intentos de huir del fantasma de lo dañado, de la incompletud proyectada en el niño. La consulta médica se busca como una compañía transitoria que apacigüe momentáneamente la angustia, es un tercero



que no logra constituirse como tal. En otras palabras, para la madre, la preocupación por la salud física del niño es el lenguaje privilegiado, el punto de encuentro y desencuentro, lo que la lleva a sobreprotegerlos mediante cuidados intensos con respecto a sus movimientos, vigilancia extrema sobre su hacer, actitud desvalorizante de las capacidades. Así, el niño se convierte en el centro de sus preocupaciones, como expresión de las marcadas dificultades para separarse. Cualquier alejamiento es vivenciado como abandono que, frecuentemente, impulsa a la madre a renunciar a su propio desarrollo personal.

Recordemos que ya Freud señaló que sólo a través de la conciencia primaria, las sensaciones pueden ser investidas automáticamente, pero para que haya registro de cualidades, de matices, se debe diferenciar estímulo y pulsión (Chiozza, 2005), función poco probable de ser desarrollada en un contexto de sobreprotección que no permite la discriminación de estímulos y la conducción autónoma de sí mismo. A modo de ilustración, resulta oportuno mencionar el modo en que un niño expresó su motivo de consulta: dibujó un auto y dijo *“este soy yo, el motor y el chofer es mi mamá”*.

Observamos que los niños de este grupo, tienen una tendencia tanto a la desinvestidura, como a un estado de alerta permanente, la fantasía de detención del tiempo los lleva a que reaccionen demasiado tarde, a destiempo. Corporalmente están muy tensos y la quietud, la pasividad, es una manera de lucha. Se puede observar un repliegue narcisista con la construcción de una coraza antiestímulo omniabarcartiva, en que el aburrimiento es el modo privilegiado de manifestar la angustia.

En la producción gráfica y verbal de estos niños, notamos fuertes procesos de disociación mente-cuerpo, mecanismo favorecido por los aspectos fóbicos de sus madres, en que la conexión con sus hijos es a través de sus funciones más elementales: temerosos cuidados por la integridad física, restricciones excesivas de los movimientos corporales, impedimentos para desplegar intercambios interpersonales extra-familiares. El intenso temor a la muerte del niño lleva a una comunicación en términos de *“cuidado con...”*.

El retraimiento es expresión de una relación que ha dificultado el desarrollo de la confianza básica que les permita competir, estar con otros, conducir sus propios actos.

La imagen del sujeto como débil, en peligro y del mundo como amenazante, frente al cual tiene que estar siempre en guardia, le genera un intenso grado de angustia que eclosiona y lo constituye con un déficit en la consolidación del

sentimiento de confianza básica. La atención queda absorbida por la duda respecto al puedo/ no puedo, soy capaz/ incapaz y por los sentimientos de inadecuación con los que madre e hijo luchan infructuosamente.

Es indudable el déficit primario de narcisización de estos niños, ya sea por fallas en los padres en especularizar al hijo como valioso, o por identificación del sujeto con padres que guardan una imagen desvalorizada de sí mismos. Siguiendo lo señalado por Bleichmar (op. cit.), cabe referir que en los sujetos para quienes el mundo fue registrado como peligroso y ellos como impotentes, no hay una represión de la representación de los objetos como apetecibles, protectores, y la representación de sí como valiosa, sino que directamente no se ha inscripto. El afecto no está reprimido sino que se halla abortado en su desarrollo. En términos diagnósticos, resulta relevante diferenciar la profundidad de la patología a partir de comprobar si se guarda cierta conciencia de enfermedad y si se constituye la conflictiva edípica o, en su defecto, se liga con momentos previos del desarrollo.

Cuando la inhibición es la expresión de una conflictiva que dificulta el deseo y, con ello, la rivalidad y las posibilidades de ir constituyendo la masculinidad, el dilema puede devenir en problema y hacerse pensable. Por ejemplo, uno de los niños atendidos por nuestro equipo de trabajo que, por fracasos reiterados en la escuela, había sido derivado a segundo grado especial lo expresó de este modo: *“todo me sale mal... tengo miedo...no puedo ganar...no sirvo ni para mirar quien viene”*. Recordemos que cuando pensar y hacer es peligroso, deja al sujeto impotente en un mundo que se torna poco deseable.

En cambio, cuando la inhibición se instala por déficit en la constitución misma de la capacidad deseante, nos encontramos con niños que tienen un fuerte sentimiento de vacío, con fallas muy primarias en los procesos de identificación; la lucha ni siquiera se inició. Frecuentemente, han vivido lejos de una figura paterna y han sido recibidos en el mundo por una madre indiferente, distante emocionalmente, y generalmente deprimida. Ya Brazelton y Cramer (1993), en busca de comprender los efectos de la depresión u otras enfermedades que dificultan el contacto emocional y la comunicación, investigaron empíricamente las reacciones de los bebés frente al “rostro inexpresivo” de la madre y describieron la siguiente secuencia de conducta: desvío de la mirada, seguido de expresión sombría y retraimiento. Los resultados obtenidos demuestran cuán vulnerables son los bebés frente al fracaso por conquistar una expresión comunicativa, así como también, que tras los esfuerzos y protestas iniciales caen en estados de autoprotección. En primer lugar, tratan de evitar la necesidad que tienen de mirar a la madre, luego procuran cancelar por completo el medio que los rodea, y por último, ensayan las propias técnicas para autoconsuelo.

En los historiales de los niños que sufren severas inhibiciones, hemos registrado sobrestimulación sexual a partir de modalidades de vida asentadas sobre la naturalidad de la exposición del cuerpo desnudo y colecho hasta edades avanzadas. Este exceso de estimulación permanente dificulta la discriminación y la posibilidad de investir al mundo interno y externo. Previamente referimos también que la inhibición y las dificultades de atención aparecen como condiciones características y necesarias en un proceso de duelo.

Cabe referir que en nuestro programa de asistencia pública, hemos recibido escasas consultas por niñas que pudiéramos incluir en este grupo. Al respecto nos preguntamos: si la incidencia de consultas de varones con este trastorno estará sustentada en el fracaso de una modalidad, esperable, activa/ intrusiva de los niños, y queda más fácilmente disimulada en las niñas tras modalidades pasivas.

### **B- Niños cuya modalidad es alternante entre inhibición e impulsividad**

El estudio de los historiales clínicos pone en evidencia que desde edad muy temprana, el niño es representante de relaciones previas sumamente ambivalentes para uno o ambos progenitores. Los pasajes de la idealización a la persecución o de la esperanza de vida al temor a la muerte son bruscos, y la desmentida se convierte en un modo privilegiado de comunicación/ incomunicación, ya desde la vida intrauterina. El movimiento del bebé es buscado como prueba de vida y simultáneamente interpretado en forma fantasmática.

La historia de vida de un niño de tres años, que llega a la consulta medicado desde hacía seis meses, posibilitará clarificar lo expuesto. Sus progenitores no lo esperaban porque su padre había sido operado de un tumor en uno de los testículos y había recibido rayo-terapia. Por esto, habían temido que naciera con alguna anormalidad. Su concepción fue entendida como el milagro que comprobaba la completud paterna, pero los temores eran permanentes y no los dejaban dormir. Durante su gestación trataban de estimular los movimientos fetales, pero inmediatamente sentían una enorme angustia frente a ellos, más aún durante la noche cuando se movía espontáneamente. La relación postnatal se continuó con una modalidad ambivalente extrema, signada por bruscos pasajes de la indiferencia a la sobrestimulación y sobrexigencia. El niño permanentemente tenía que dar cuenta en forma prematura del cumplimiento de las pautas madurativas de desarrollo y si bien caminó a los diez meses y habló tempranamente, en la actualidad se chupa el dedo casi en forma permanente, tiene movimientos de balanceo reiterados, especialmente antes de dormir y se masturba frecuentemente.

También hemos encontrado que los secretos familiares con relación al origen

marcan la vida de muchos de los niños que presentan esta modalidad. Con frecuencia, hemos registrado este síntoma cuando el ocultamiento se refiere al desconocimiento de quién es el progenitor masculino y/o a la presentación de otro hombre como padre biológico. La madre manifiesta un gran temor de que este niño sea como su progenitor y el vínculo materno tiene como trasfondo la identificación proyectiva con el hijo a partir de una sobreinvertidura patológica con el padre del mismo. Esto lleva a la madre a desconocer su historia y quebrar los soportes identificatorios: la libido no puede ser ligada, no hay mundo representacional a construir. La prohibición de inscribir determinadas representaciones porque son “similares a” no da lugar a que se respeten como posibilidades propias del niño, quien se pierde en la nebulosa de no saber quién es ni de dónde viene. Se lo impulsa a la anestesia, parece tener una parte muerta y que necesita ser sacudido. Suele buscar el peligro, jugar con la posibilidad de un accidente, golpearse contra el mundo y las emociones “fuertes”. La sensación de estar vivos-muertos promueve la alternancia de inhibición-impulsividad, predominando un estado de sopor, sin conciencia, en el que no se pueden anticipar situaciones posteriores.

Los modos en que buscan el peligro hacen referencia casi exclusivamente a lo que se cree que el niño no conoce. Por ejemplo, un niño que vino a la consulta por TDAH a los 10 años, pasaba de estar quieto como ensoñado a tomar su bicicleta y salir sin mirar a una avenida muy transitada, en la cual su vida corría peligro, más aún, varios accidentes se evitaron gracias a conductores que frenaron antes de embestirlo. Los adultos responsables que lo trajeron a consulta, suponían que este niño no tenía duda alguna acerca de que su padre era quien estaba con él desde su primer año de vida y que desconocía que su progenitor había sido atropellado mientras era perseguido por la policía, dado que había asaltado a un comerciante que murió quemado en el incidente. En el consultorio, desde el proceso diagnóstico, el niño dibujaba reiteradamente la viuda negra y escenas de autos que chocan con incendios al costado.

### **C- Niños cuya modalidad predominante es la hiperactividad-impulsividad**

La desatención, hiperactividad e impulsividad están ligadas a la dificultad del yo para inhibir procesos psíquicos primarios. Las fallas en la constitución yoica empobrecen las posibilidades de lograr una organización representacional, capaz de inhibir el libre juego de las pulsiones. La urgencia no es tramitada y el niño queda sometido a una excitación constante, confundiendo muchas veces el adentro y el afuera, entrando en circuitos de movimientos desenfrenados (Janin, 2004).

De los estudios cualitativos realizados sobre las consultas recibidas nos permite

inferir que el ambiente de desarrollo de estos niños se ha caracterizado por constante ansiedad, durante los primeros meses o años de vida. Las historias clínicas muestran que desde pequeños aparecen perturbaciones en el sueño: los padres frecuentemente refieren que el *“niño no podía dormir ni una hora seguida, ni de día ni de noche”*. La ansiedad, irritación y el cansancio dominaban la situación y al no poder calmar al niño, la experiencia se volvía desorganizadora. La función de *holding* que refiere Winnicott (1979), al estar obstaculizada en estas figuras paternas dificultó las posibilidades de desarrollar la capacidad de estar a solas. El enfriamiento y la distancia emocional entorpecían el contacto con el niño y la constitución saludable del psiquismo. Es común encontrar en las madres depresión subclínica o depresión abierta y/o hallarse emocionalmente bloqueadas, amílicas, incapaces de involucrarse en la relación con el hijo, de responderle y atenderlo. Coincidimos con Murray (1993), en que son madres que están solas y ausentes a su niño que está presente.

Lo mismo sucede con madres con un fondo obsesivo, que cuidan muy bien del niño en cuanto a su higiene y alimentación, pero emocionalmente se vinculan muy poco con él y apenas se comunican. Este cuadro suele conjugarse, la mayoría de las veces, con una modalidad de intercambio familiar limitado. El lenguaje es utilizado como forma de acción corporal y relacional, *“lávate las manos”, “junta los juguetes”, “pásame el dulce”, “llegaré tarde”, “no tengo gimnasia”*. El resultado de esta situación es una pobreza del proceso de simbolización.

El niño inmerso en este ambiente nunca sabe qué va a suceder, no puede anticipar ni organizar sus puntos de referencia; la falta de un espacio mental para apaciguar la angustia se traslada al cuerpo. La dificultad para reconocer los límites yo-no yo, se transforma en un lenguaje corporal de acción como modo de descarga y vehículo de comunicación. No es raro encontrar una figura materna y/o paterna que se angustia con la angustia del niño, lo cual genera un círculo vicioso de respuesta de acción, por lo general maltrato verbal y/o conductas violentas, que se tornan aún más frecuentes, ante el movimiento constante e impulsivo del niño.

En casi todos los casos, hemos registrado modalidades relacionales signadas por la violencia ejercida sobre el cuerpo de estos niños (grandes palizas, abuso sexual, entre otras). Esta modalidad relacional provoca patologías severas en el desarrollo. Resaltamos que la sobrestimulación es realizada directamente sobre el cuerpo del niño y no por observación como en el caso de los niños con inhibición.

Shengold (1979), destaca que al ser el padre o la madre quien abusa y maltrata física y/o psicológicamente, y al mismo tiempo la figura a la cual el niño debe volver a buscar alivio cada vez que experimenta angustia, éste no tiene más remedio que,

“delirantemente” captar a su progenitor como bueno, imprescindible y a sí mismo como el responsable de generar la situación de agresión. Sólo la imagen mental de un progenitor bueno puede ayudar al niño a enfrentar la intensidad del temor y la rabia de ser atormentado. Además, el atribuirse la capacidad de generar la ira en el otro, permite mantener la fantasía de poder controlarlo: “*si fuera mejor... si no hago más tal o cual cosa... él no se enojará*”.

En niños que presentan severas perturbaciones, con círculos de impulsividad, culpa, persecución casi ininterrumpidos, impidiendo cualquier posibilidad de pensar, se hace necesario recurrir a la interconsulta con un psiquiatra infantil del equipo que evalúa la necesidad de medicación y su seguimiento. Con estos niños, la atención psicoterapéutica suele combinarse con un tratamiento farmacológico que se ajusta a un diagnóstico diferencial de la patología que causa los síntomas. Este diagnóstico en raras ocasiones refiere al TDAH. En todos los casos, la medicación se instrumenta con máxima cautela y se combina con un abordaje psicoterapéutico psicoanalítico.

#### **¿Es posible formular un nuevo indicador diagnóstico?**

Por no contar con métodos médicos de evaluación que certifiquen el carácter biológico del Trastorno de Déficit Atencional proponemos que antes de recurrir al tratamiento psicofarmacológico, *se evalúe la evolución clínica del síntoma en el transcurso seis meses a un año de psicoterapia.*

Esta proposición toma como apoyatura el estudio piloto empírico longitudinal referido, por Taborda y otros (2008)<sup>6</sup>. La investigación se desarrolló con la técnica de “sujetos como sus propios controles”, a través del test-retest de: a) Test de Matrices Progresivas de Raven y b) "El Child Behavior Checklist" (CBCL) de Achenbach y Edelbrock (1983), versión para padres adaptada y estandarizada en Argentina por Samaniego (1999), para estudios epidemiológicos. Las pruebas psicológicas se administraron antes de iniciar el proceso terapéutico, luego en la fase intermedia, en el cierre del mismo y por último un año después de concluirlo.

Los resultados obtenidos en dicha investigación, señalaron que los paulatinos y significativos cambios que se observan en “*Problemas de atención*” a partir del tratamiento psicoterapéutico de grupo paralelo de padres e hijos, permiten arribar a las siguientes conclusiones:

---

<sup>6</sup>Taborda, A.; Díaz, H. D.; Abraham, M.; Toranzo, H. “Abordaje Psicoterapéutico Psicoanalítico. Aportes empíricos para la revisión crítica del diagnóstico de déficit atencional y su tratamiento”. Premio de Facultad de Psicología. UBA. 2008.

- a) Ante el sufrimiento psíquico la atención es una de las primeras funciones que se alteran. Así como también, que el alivio del mismo, inaugura nuevas posibilidades de atender, conectarse y conocerse tanto a sí mismo como a los otros. Por lo tanto, el diagnóstico de TDA/H, realizado por conductas observables, debería ser reconsiderado y transversalizado por la comprensión de la conflictiva que obtura la atención.
- b) El tratamiento comienza en la primera consulta y el modo de entender los síntomas para arribar a un diagnóstico puede resultar una práctica terapéutica o iatrogénica.
- c) El proceso diagnóstico, respaldado en un marco teórico específico, tiene como objetivo captar los enlaces entre lo biológico, la experiencia vivida en la dimensión relacional, el modo peculiar en que dichas vivencias se inscriben y codeterminan tanto la configuración del síntoma como la modalidad de los movimientos progresivos.
- d) La medicación está contraindicada en patologías en que la atención suele estar perturbada, como es el caso de los cuadros de depresión, trastorno generalizado del desarrollo, estructura bordelinde, psicosis, ansiedad, tensión, agitación, tics, entre otros.
- e) El tratamiento medicamentoso es sintomático, “no cura” el trastorno, así como tampoco “cura” la psicoterapia cuando hay un trasfondo orgánico.

El interés en plantear como nuevo indicador diagnóstico la implementación de seis meses a un año de psicoterapia -según el sufrimiento psíquico observado en los momentos iniciales de la consulta- antes de recurrir a tratamientos farmacológicos, parte de considerar que, a las contraindicaciones referidas sobre la medicalización de la infancia, se suma que la modalidad de tratamiento genera identificaciones.

Estas identificaciones se traducen en la manera con que se busca apaciguar el sufrimiento y el modo de relacionarse tanto consigo mismo, como con los otros. La terapéutica psicofarmacológica responde a deseos de resoluciones mágicas, ilusoriamente rápidas, que obturan develar la conflictiva que subyace en las dificultades atencionales.

Mientras que la psicoterapia permite desandar los caminos que la repetición impone y así brindar la posibilidad de inaugurar nuevas modalidades relacionales. Asimismo, en coincidencia con Gibello (1984), señalamos que el desconocimiento de un déficit orgánico real puede obligar al niño a desplegar esfuerzos vanos y hacerlo responsable de su fracaso. Negar las perturbaciones, motivados por la pretensión de

“no juzgar”, “no rotular” puede promover actitudes conscientes e inconscientes persecutorias perniciosas.

### **Bibliografía**

Bion, W. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publications.

Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la Experiencia*. Londres: Heinemann.

Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.

Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.

Cordes, M. y Maclaughlin, T. F. (2004). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and rating scales with a brief review of the Conners Teacher Rating Scale. *International Journal of Special Education*, 19, 2.

Chiozza, L. (2005). *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Janin, B.; Frizzera, C.; Heuser, M.; Rojas, M.C.; Tallis, J. y Untoiglich, G. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires: Novedades Educativas.

Meltzer, D. (1975). *Explorations in Autism*. Pertshire: Clunie Pres.

Meltzer, D. (1990). *La aprehension de la belleza*. Buenos Aires: Spatia.

Murray, L. (1993). The Roots of Infant Cognition in Early Relationships: A Prospective Study of the Impact of Maternal Depression on Infant Cognitive Development. *Making Links, how children learn*. Oslo: Yrkeslitteratur AS.

Pelerosso, A. (2003). *Manual estandarizado de Test de Matrices Progresivas*. Buenos Aires: Paidós

Samaniego, V. (1999). *El Child Behavior Checklist: su estandarización en la Argentina*. Trabajo presentado en el XXVII Congreso Interamericano de Psicología. Venezuela.

Taborda, A.; Díaz, H. D.; Abraham, M. y Toranzo, H. (2008). Abordaje Psicoterapéutico Psicoanalítico. Aportes empíricos para la revisión crítica del diagnóstico de déficit atencional y su tratamiento. *Premio de Facultad de Psicología. UBA*.

Winnicott, D. (1979). *El proceso de maduración en el niño. Estudio para una teoría emocional*. Barcelona: LAIA.





**SEGUNDA PARTE**  
**ENFOQUE PSICOANALÍTICO RELACIONAL DEL**  
**DIAGNÓSTICO Y PSICOTERAPIA**



## Capítulo 4

### Aspectos del encuadre y diseño terapéutico

Alejandra Taborda y Elena Toranzo

---

*“...mantener la situación analítica como única fuente de conocimiento clínico es insuficiente para dar cuenta de todos los aspectos teóricos y prácticos del psicoanálisis. La investigación empírica puede impulsar un desarrollo más abarcativo para comprender la estructuración del psiquismo en coincidencia con los recursos terapéuticos especiales”.*

*Jiménez (2000, p.122)*

Para abordar, en un ámbito institucional público, las problemáticas clínicas subsumidas bajo el controvertido diagnóstico de Déficit Atencional -que con frecuencia acompañan las derivaciones escolares- hemos modelizado un enfoque relacional flexible y a la vez específico. Su tramo inicial lo constituye la instancia diagnóstica-terapéutica individual y, con frecuencia cuando las características de la consulta lo permiten, desemboca en el abordaje de grupos paralelos de padres e hijos de un año de duración, cuya convergencia desarrollaremos con más profundidad a lo largo de esta segunda parte.

Este capítulo está destinado a presentar el abanico de intervenciones, sus diferentes encuadres y el marco institucional en el que se desarrollan en pos contemplar la interdependencia entre los fenómenos clínicos y la adecuación de la intervención psicológica.

Desde la primera consulta, se eslabonan diversos momentos que están destinados a trabajar dinámicamente la problemática del niño y simultáneamente los fenómenos de identificación proyectiva que habitan lo transgeneracional. En esta dimensión relacional, las fantasías inconscientes se traducen en conductas concretas, se comunican en forma verbal y preverbal, conllevan intercambios en los que se construye una matriz de sustanciales interinfluencias entre padre e hijos y un peculiar entramado relacional identificatorio familiar.

Al respecto, Kaës (1978) diferencia entre transmisión de objetos transformables de la de objetos no-transformables. En los primeros, predomina la represión y operan las prohibición estructurantes, en consecuencia los objetos psíquicos resultan potencialmente mutables, pausable de adquirir la estructura del síntoma o del lapsus y

a su vez, son fluidamente recreados de generación en generación. Por el contrario, los segundo -objetos no transformables- funcionan a modo de “cosas en sí” que atacan el aparato de pensar y traducir de los miembros de la familia, permaneciendo como objetos enquistados, inertes. Si bien, las situaciones traumáticas no resueltas de los progenitores alcanzan a ejercer notables influjos en la relación filial, cada hijo convoca ilusiones reparatorias y deseos, que tiene sus raíces en el descubrimiento de la incompletud ontológica. Precisamente, alrededor de los dos años de vida nacen los sueños de engendrar el “hijo edípico” (más inconsciente portador de los deseos infantiles de ser grande que permiten iniciar la despedida del bebe que ya no se es). Luego, sobre esta base nace el “hijo pensado” en la edad de procreación, a veces anhelado por uno de los progenitores o en pareja y otras por nadie. Posteriormente, el “hijo real o de la percepción”, receptor de estas ilusiones en un interjuego dinámico de identificaciones proyectivas.

Así, de un modo u otro, cuando su llegada es al menos aceptada, sintetiza los deseos de: -trascender; -tener algo propio; -fusionarse, duplicarse, reflejarse; - ampliar los ideales; -retomar oportunidades perdidas; -renovar viejas relaciones; - separarse de la propia madre/padre.

En consecuencia, los hijos son una invitación para deconstruir y reconstruir la compleja organización psíquica de los padres. Desde este paradigma, los abordajes psicoterapéuticos focalizados en el rol parental, tiene como objetivo central estimular cambios en las capas profundas del psiquismo y, desde allí, sustentar modificaciones en la relación con sus descendientes. Ser padres constituye cambios y resignificaciones relevantes que conllevan tanto a la renuncia de su propio lugar de hijos como al despliegue de los sueños de trascendencia.

En este contexto, el estudio de las constelaciones sintomáticas y el abordaje terapéutico de padres e hijos, sienta sus bases en las siguientes dimensiones relacionales emergentes del no-lineal y multicausal proceso de fusión-separación:

- las fantasías de preconcepción, el nacimiento y el modo en que se ayudó al bebé a elaborar la pérdida de la vida intrauterina;
- el desarrollo de los primeros progresos en los procesos de discriminación;
- la capacidad de realizar el primer acto de posesión, de representar, de crear espacios intermedios a través de la posibilidad de ligarse a un objeto transicional;
- el proceso de diferenciación entre personas y objetos conocidos-desconocidos;

- los pasos hacia la autonomía motriz, la exploración y conocimiento de los riesgos;
- el desarrollo de la capacidad de estar a solas;
- la renuncia al autoerotismo por amor al otro y a sí mismo que permite emprender el aprendizaje del control de esfínteres y la discriminación entre lo mío, lo tuyo, lo nuestro;
- el descubrimiento de la diferencia de sexo y sus primeras elecciones constitutivas de la identidad de género;
- el descubrimiento de la privacidad de la mente y el resignar que otros piensen por él y en él;
- la modalidad de la constitución de la conflictiva edípica;
- el compartir con otros tolerando las diferencias y el pasaje de la ley paterna a la múltiple legalidad configurado por la vida grupal extrafamiliar;

Desde esta perspectiva cabe subrayar que la vida grupal, con su potencia de producir nuevas construcciones, desconstrucciones y reconstrucciones, en la organización psíquica a lo largo del transcurrir vital (Taborda 2010).

El diseño terapéutico tiene como objetivo primordial promover el despliegue de la regresión transferencial en pos de acceder a los núcleos más primitivos de la personalidad. A partir de la implementación de un abanico de técnicas auxiliares se procura brindar un espacio en el cual niños y padres piensen, sientan, imaginen y expresen de diversos modos el sufrimiento psíquico.

A continuación, mencionamos las concatenadas fases del abordaje modelizado, cada una de ellas, apoyándonos en viñetas, serán desarrolladas con mayor profundidad en los tópicos subsiguientes.

#### **A. Diagnóstico de las constelaciones sintomáticas del niño. Instancia individual que incluye:**

➤ *Entrevistas con los padres o adultos sustitutos*, en las cuales se trabaja el motivo de consulta e historia vital. Se implementan como instrumento la técnica “Proyecciones relacionales Gráficas y verbales”, creada por Taborda (2010), cuya consignas son: “*Cuénteme dibujando cómo se sienten en la relación con el niño y realicen un relato*”. Posteriormente se elabora una historia *fotográfica* de la vida con el niño, según lo señalado por Taborda (2010). Por último, se administra el Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach y Edelbrock (1983), versión para padres

adaptada y estandarizada en Argentina por Samaniego (1999), para estudios epidemiológicos.

➤ *Entrevistas con el niño*, en las que se recolecta el motivo de consulta y los enlaces que realiza con su historia. Cuando la simbolización gráfica es posible, adoptamos como instrumento la técnica creada por Taborda (2010) “Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta”. En esta prueba las consignas solicitan, en primera instancia, que cuenten a través de un dibujo lo que le está pasando. En segunda instancia se solicita la creación de un relato y se explora conjuntamente con el niño las asociaciones que van surgiendo en conexión con lo que a él le sucede. Continuamos con el proceso diagnóstico, apoyándonos en la conjunción de técnicas proyectivas y psicométricas. La batería en su extensión se determina según la problemática y ritmo de cada niño. Los tests proyectivos que utilizamos con más frecuencia son: Test Gestáltico Visomotor de Bender; Casa-Árbol-Persona; Familia y la versión española del Proyecto de completar historias- protocolo metodológico (CCH) de M. Bader, B. Pierrehumbert & F. Schwarz, Margarita Ibáñez, Astrid González (2003). Como prueba psicométrica utilizamos el Test de Matrices Progresivas de Raven o las escalas de Wechsler (según la edad se administra el WPPSI, evaluado por Taborda (2002); o el WISC-IV adaptado y estandarizado en Argentina por Taborda, Barbenza y Brenlla (2011). La batería concluye con la implementación de la técnica “Proyecciones gráficas y verbales de las fantasías de enfermedad y curación” de Taborda (2010), cuyas consignas son “cuéntame con un dibujo como puedo ayudarte” y “hablemos de este dibujo”.

➤ *Entrevistas con los docentes o miembros de la institución educativa que realizaron la derivación.*

➤ *Entrevistas con padres y niño por separado de integración diagnóstica y recomendación terapéutica pertinente.*

**-Criterios de indicación para los niños.** Cuando se observa:

- a. Déficit o trastornos en la constitución del aparato psíquico, que revelan dificultades severas en el camino de subjetivación, se recomienda psicoterapia individual.
- b. Constelaciones sintomáticas intrapsíquicas del orden de “conflictos neuróticos” que emergen a posteriori de la estabilización de la represión primaria, se indica integrar los grupos paralelos de niños. Para concretar esta recomendación se evalúa muy especialmente las posibilidades reales de los padres para sostener la concurrencia, dado que las deserciones afectan de manera considerable el trabajo terapéutico. A lo que, la institución acompaña con un encuadre temporal y espacial de atención simultánea que lo facilite.

c. Fracasos académicos transitorios y reactivos a características de la institución educativa y/o a la relación docente-alumno, se evalúa la pertinencia de implementar psicoterapia. Cuando se lo considera apropiado, la intervención es individual, de corta duración y se trabaja centralmente la coyuntura niños, padres e institución educativa. En aquellos casos que no es pertinente, se trabaja con los adultos sobre situaciones externas que favorecen la problemática y se propone un plan de seguimiento de su evolución. d.- secretos familiares sobre su identidad, sólo es tomado en tratamiento individual a posteriori de ser informado por sus padres de esta realidad.

## **B. Diagnóstico de los conflictos parentales y la transmisión transgeneracional.**

### **Instancia individual que incluye:**

➤ *Entrevista inicial.*

➤ *Administración de la Entrevista para Padres, a efectos de:*

- profundizar en el diagnóstico en las posibilidades de contacto emocional con su hijo;
- centralizar la exploración de la relación de estos padres con sus propios padres y -caldeamiento para la tarea grupal.

➤ *Entrevista de integración diagnóstica y recomendación terapéutica.*

### **-Criterios de indicación para los padres. Frente a:**

- a. Secretos familiares sobre el origen e identidad del niño, se recomienda integrar el grupo de padres para trabajar la necesidad de informarle al niño y como se señaló previamente se indicará tratamiento individual al niño luego de ser conocedor de esta situación.
- b. Duelos recientes o no elaborados, conlleva la indicación de tratamiento individual.
- c. Estados altamente angustiosos que obstaculiza el trabajo centralizado en el rol parental y las dificultades con el manejo de la impulsividad, con cierta capacidad para parar y escuchar, requieren combinar psicoterapia de grupo con tratamiento individual.
- d. Maltrato infantil y violencia familiar, se trabaja conjuntamente con los programas de asistencia específicas con los que cuenta la institución universitaria pública donde prestamos servicios.



### **-C. Grupos paralelos de padres e hijos**

Funcionan temporal e institucionalmente en forma simultánea, con una frecuencia semanal de una hora treinta minutos, son semicerrados y tienen un año de duración.

Su conformación depende de los conocidos criterios que impiden la inclusión, en grupos terapéuticos, de padres y niños (diagnósticos de trastorno límite de la personalidad, psicosis y/o tendencias suicidas; proceso de duelo actual por un suceso externo reciente; separación conyugal en curso; secretos familiares vigentes o recientemente revelados). Debido a estos criterios puede ocurrir que el grupo de padres sea más numeroso que el de niños.

Para el tratamiento del niño, son condiciones necesarias que al menos uno de sus padres asista al grupo paralelo y que exista una diferencia de dos años o menos entre sus integrantes. Las intervenciones, toman en cuenta los movimientos transferenciales bajo el concepto el “*grupo como un todo*” y procuran encauzar el potencial evolutivo de los grupos. Se encuadran en un continuum interpretativo que incluye: 1.-preguntas, 2.-reflejo, 3.-señalamiento, 4.-clarificación, 5.- confrontación-rectificación y 6.- interpretación (Fiorini 2002). Este continuo se aplica, con los niños, en el escenario lúdico de la comunicación grupal” y con los padres, en la focalización de la conflictiva parental. El pasaje de lo individual a lo grupal marca un momento terapéutico en sí mismo, por tal motivo en el grupo de niños este pasaje se acompaña de técnicas auxiliares: a) *Dibujo Libre*, que una vez elaborado se comenta con el grupo; b) en la segunda sesión se les solicita que realicen, *en forma conjunta, un Dibujo Libre* sobre una cartulina y elaboren entre todos una historia acerca del mismo y c) en la próxima sesión, con niños menores de diez años, se trabaja con la administración de las láminas 1, 2, 3, 8 del Test de Apercepción Infantil CAT-A y Lámina en blanco.

### **La institución, el equipo y la investigación**

El diseño terapéutico ha sido construido en el marco del desempeño de nuestra labor profesional que conjuga: a) el desarrollo de diversos programas asistenciales de extensión a la comunidad, interrelacionados entre sí, para personas de escasos recursos económicos y sin cobertura médica mutualizada, en el Centro Interdisciplinario de Servicios (CIS) dependiente de la Universidad Nacional de San Luis. Argentina. b) la formación de terapeutas noveles que se incorporan como pasantes, residentes o becarios, a cargo de profesores responsables de las asignaturas Psicología Clínica, Psicología Educacional y Psicopedagogía Diferencial y c) la investigación enmarcada en el Proyecto “Estudios clínicos y empíricos en prevención, diagnóstico, y psicoterapia psicoanalítica individual-grupal”, avalado por

la UNSL. Estas tres dimensiones -articuladas con coherencia epistemológica- se constituyen en un telón de fondo, siempre presente, porque la transferencia/contratransferencia, su interpretación, modalidad de coordinar e intervenir de los terapeutas se ven transversalizadas por:

- las características, históricamente configuradas, de la institución en la que se llevan a cabo los diversos planos de la labor asistencial, de formación e investigación,
- la modalidad relacional que se desarrolla en el interior del equipo de trabajo como un todo y de éste con la institución en la que se incluye,
- la relación que entablan los terapeutas que coordinan los grupos paralelos,
- el interjuego de las identificaciones proyectivas de los grupos terapéuticos con la institución y con el equipo de trabajo,
- la dinámica misma del grupo psicoterapéutico, y de los objetivos que se persiguen,
- las posibilidades emocionales de los terapeutas, formación teórica y experiencia en la clínica e investigación.

La institución, organiza sus servicios a través de un organigrama que incluye un día semanal para la admisión de pacientes y derivación a los programas pertinentes, según la problemática de los mismos. Esta organización influye en los primeros movimientos transferenciales, donde el CIS y el equipo quedan con mayor definición y visibilidad que la persona del terapeuta, la cual no ha sido elegida por el paciente. En este marco, cabe hacer notar que la consulta por problemas de aprendizaje y/o dificultades vinculadas a requerimientos académicos se desarrolla en la institución pública universitaria, lo cual le otorga a la misma, una peculiar significación a los aspectos ambivalentes contrastantes y concordantes de la transferencia. En el escenario educativo se despliega el fracaso que excluye, frustra y el pedido de ayuda. Así, lo persecutorio y la posibilidad de recibir el cobijo necesario para hacerle frente, se combinan de una manera peculiar. El deseo de “saber-no saber”, de “aprender-no aprender”, de responder a las exigencias en una relación asimétrica que frecuentemente acompaña las consultas en diferentes ámbitos, en este contexto se hace más evidente.

A su vez, el abordaje psicoterapéutico propuesto, requiere necesariamente de un equipo de trabajo y de un caudal importante de consultas. Es precisamente la

institución pública, en la que desarrollamos nuestra labor, la encargada de proveer las condiciones para reunir ambos requisitos.

Cuando el grupo de trabajo se instituye como continente, capaz de receptor y metabolizar el despliegue de las necesidades de dependencia, de fusión/ separación, tanto de los pacientes como de los terapeutas; se amplían las posibilidades de tolerar las identificaciones proyectivas defensivas, para convertirse en un recurso terapéutico en sí mismo. En pos de que el equipo constituya una red de apoyo que se erige como objeto bueno -proveedor de esperanzas de restaurar la calma para poder pensar- es condición necesaria que desarrolle la capacidad de pensarse a sí mismo. De este modo, el grupo de trabajo configura un medio facilitador para la elaboración de las fantasías que surgen como defensas frente al impacto de la locura, la perturbación social y el dolor psíquico (Amaya y otros, 2000; Samperisi y Taborda, 2004). La exploración de los deseos de los coordinadores, su intrincación con la angustia y fantasmática movilizadas en el equipo da lugar al “análisis intertransferencial”. En este sentido Kaës, señala “... *la función interpretante sólo es posible... bajo la condición de que no se capture (el equipo interpretante), en una identificación (imaginaria) ni con la institución, ni con el instituyente, ni con su propio ideal, de acuerdo con un régimen identificatorio primario o secundario*” (Kaës et. al. 1978, p. 40) Agrega Anzieu (1979) en “Crónica de un Grupo”, es necesario no darle curso a la realización del deseo, para permitir el deslinde de la ilusión y su interpretación. Una herramienta útil e ineludible es el análisis en profundidad de la relación intersubjetiva (entre el equipo interpretante) e intrasubjetiva (hacia sí mismos) y hacia el grupo.

El trabajo en equipo que aquí proponemos, tal como señalamos precedentemente, se organiza alrededor de la confluencia de lo asistencial, la formación e investigación. Desde nuestra perspectiva, el interjuego de estas instancias amplía la capacidad de que cada integrante pueda conocer su modalidad de ser y estar en un grupo, así como también, la manera que trasunta en su propia práctica clínica. Además, es condición necesaria el análisis personal y el desarrollo de una organización interna con seminarios, supervisiones y ateneos clínicos.

El proceso de formación de los profesionales noveles se inicia con el estudio del marco teórico, la desgrabación de sesiones psicoterapéuticas grupales filmadas y estudio del proceso terapéutico observado en ellas. Esta primera actividad permite una comprensión más cabal de la dinámica de los grupos, al mismo tiempo, le posibilita al equipo en su totalidad, investigar la modalidad de intervención, realizar estudios de macro y microproceso psicoterapéutico, en un recíproco y continuo aprender-enseñar. En segundo término, los profesionales en formación se integran a la instancia individual del abordaje, luego como co-coordinadores y coordinación del grupo de

padres y posteriormente del grupo de niños. La presencia de la pareja de coordinadores se constituye en un recurso que funciona como sostén mutuo y atenúa el impacto de la intensa transferencia grupal, en una relación continente-contenido que ayuda a pensar las diversas y primitivas emociones e identificaciones proyectivas vivenciadas.

Específicamente, en cuanto a la investigación, con el fin de aprehender la complejidad teórica y clínica propia del campo de trabajo en que se sitúa el diagnóstico de las problemáticas imbuidas en el discutible diagnóstico de Déficit Atencional y el abordaje de grupos paralelos, nuestro equipo desplegó, en el curso de dos trayectos de investigación, un amplio abanico de temas y estrategias metodológicas. El primer tramo del proceso de exploración se centralizó en: 1.- Aspectos epidemiológicos de la consulta (Taborda & Díaz, 2004). 2.- Revisión etiológica del síntoma (Taborda & Díaz, 2005, 2007). 3.- Análisis de efectividad terapéutica en un grupo de niños, realizado a partir un estudio longitudinal (Taborda, Díaz, Abraham, & Toranzo, 2008). Una síntesis de los desarrollos elaborados en esta etapa se plasmó en la primera parte de este libro.

En el segundo itinerario de investigación se concretaron: 1.- Desarrollo de recursos diagnósticos y terapéuticos (Taborda y Toranzo, 2002, 2005; Taborda, 2010); 2.- Estudios pilotos clínicos y empíricos de macroproceso terapéutico de un grupo de padres, desarrollado sobre una muestra de la transcripción verbatim de once sesiones de los primeros seis meses de tratamiento. El análisis conjugó la implementación del Modelo de Ciclo Terapéuticos (TCM) (Mergenthaler, 1998) y dos Escalas creadas ad hoc *Foco* (capacidad del grupo de referir conflictos parentales y ligarlos a la sintomatología del niño) e *Interacción grupal* (red de interacciones y función en los objetivos terapéuticos) (Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2008; Taborda, Toranzo, Ross, Mergenthaler, y Fontao, 2011) y 3.- Estudios pilotos clínicos y empíricos de microproceso terapéutico de un grupo de padres, para lo cual a las escalas mencionadas se sumó la Subescala de Experiencias Grupales de la Escala Kiel de Procesos Terapéuticos Grupales (KGPPS) (Rohweder & Wienands, 1993; Strauss y otros, 1996). Este estudio se realizó en base a la sesión de mayor y menor calidad clínica del trayecto terapéutico analizado previamente en términos de macroproceso (Fontao, Taborda, Toranzo y otros 2011). En las publicaciones mencionadas, el lector podrá encontrar mayores detalles sobre la metodología implementada y resultados.

Esta fase del programa de investigación al integrar la indagación empírica de proceso terapéutico con la perspectiva clínica, conjuga la labor de psicólogos que desarrollan la tarea asistencial con la de investigadores externos. En este marco, una vez culminado el tratamiento, los psicoterapeutas son los encargados de elaborar el análisis clínico de las grabaciones del material recogido. Por otra parte, los

colaboradores externos llevan adelante el estudio de las sesiones a partir de la aplicación de métodos sistemáticos. El intercambio que emerge configura una visión ampliada y promueve tanto el enriquecimiento de la tarea clínica en sí misma, como mayores vinculaciones entre la práctica de investigación y los fenómenos cotidianos del trabajo con pacientes.

Las investigaciones en psicoterapia psicoanalítica son complejas, aunque es innegable su utilidad para la práctica clínica en la medida que nos permite comprender con mayor claridad cómo se lleva a cabo el proceso terapéutico, y profundizar en las teorías que explican el funcionamiento psíquico para incursionar en el campo de la teoría de la técnica. Tal como señalan Jiménez (2001) sólo la investigación empírica puede impulsar un desarrollo más abarcativo para comprender la estructuración del psiquismo en coincidencia con los recursos terapéuticos especiales. Por lo tanto, es necesario tratar de tender puentes entre clínica e investigación que permitan generar modelos transportables tanto dentro de la misma teoría psicoanalítica como en la articulación con otras. El ir a la búsqueda de construir dichos puentes es un camino que puede conducir al psicoanálisis a disminuir la deuda que aún tiene en el desarrollo de servicios de salud mental más apropiados a las condiciones actuales de nuestra práctica clínica. Al respecto, en los capítulos subsiguientes, apoyándonos en viñetas, el énfasis recaerá en la descripción de la técnica de las instancias individuales y grupales del abordaje, el análisis clínico y el estudio de eficiencia terapéutica del grupo de niño.

## **Bibliografía**

- Amaya, J.; Bazan, G.; Taborda de Velasco, A.; Toranzo de Sosa, H.E. (1997) Diversidad e integración. *Revista Clínica y Análisis Clínico, Revista de Psicoterapia, Psicoanálisis y Grupo. España. (Vol 19 (1). 1997. Pág. 121-126).*
- Anzieu, D.; Kaës, R. (1979) *Crónica de un Grupo*. España: Gedisa.
- Bader, B. Pierrehumbert & F. Schwarz (2003) Proyecto de completar historias- protocolo metodológico (CCH) de M. Margarita Ibáñez, Astrid González <http://www.buenastareas.com/ensayos/Proyecto-De-Completar-Historias-Protocolo-Metodol%C3%B3gico/767988.html>
- Bender, L. (1938) *Test Gestáltico Visomotor*. Buenos Aires. Paidós.
- Fiorini, H. (2002). *Teoría y técnica de psicoterapias* (19. ed. revisada y ampliada). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fontao, I.; Taborda, A.; Toranzo, E.; Mergenthaler, E.; Hoffmann, K. y Und ross, T. (2011) Gruppenprozesse in einer Fokalthherapie mit Müttern: Eine Pilotstudie über den psychodynamischen Ansatz zupsychotherapeutischen Parallelgruppen von Eltern und Kindern in Argentinien. *Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen*

- Fontao, M., Taborda, A., Toranzo, E. Ross, T & Mergenthaler, E. (2011). Estudio de proceso terapéuticos en un grupo de padres en el abordaje de grupos paralelos. *Revista de Psicopatología y salud mental*.17, 19-26.Premio SEPYPNA España.
- Jiménez J. y otros (2001). *Hacia una psicoterapia como tecnología apropiada. Psicoterapia focal*. Montevideo: Ed. Roca Viva.
- Jiménez J. (2000). El método clínico, los psicoanalistas y la institución. *Rev. Aperturas Psicoanalíticas Hacia modelos integradores N°4* Madrid.
- Kaës, R. (1995). *El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Koppitz, E. (1976). *El Test Gestáltico Visomotor para niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Mergenthaler, E. (2008). Resonating Minds: A school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. *Psychotherapy Research*, 18(2), 109-126.
- Mergenthaler, E., Heim, S., & Schneider, S. (2009). *CM - the Cycles Model software*. <http://sigma.medizin.uni-ulm.de/cmwiki>
- Samaniego, C. (1999) El Child Behavior Checklist: su estandarización en la Argentina. *XXVII Congreso Interamericano de Psicología. Venezuela*.
- Raven, J. (1975). *Test de Matrices Progresivas, Manual*. Estandarizado por Pelerosso (2003). Buenos Aires. Paidós.
- Rohweder, R., & Wienands, H. (1993). *Entwicklung und Überprüfung der Kieler-Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala (KGPPS)*. Universität Kiel, Kiel.
- Samaniego, V. (1999). El Child Behavior Checklist: *su estandarización en la Argentina*". *XXVII Congreso Interamericano de Psicología. Venezuela*.
- Samperisi, A. y Taborda, A. (2004). Tratamiento psicoterapéutico específicos para pacientes borderline. *Revista Electronica Topia 2004*. [www.topia.com.ar/articulos/204-208\\_samperisitaborda.htm](http://www.topia.com.ar/articulos/204-208_samperisitaborda.htm)
- Strauss, B., Burgmeier-Lohse, M., Rohweder, R., & Wienands, H. (1996). Die Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala (KGPPS) zur Fremdbeurteilung therapeutischer Faktoren in der Gruppenpsychotherapie. In B. Strauss, J. Eckert & V. Tschuschke (eds), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch* (pp. 129-139). Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Taborda de Velasco, A. (2002). *La Capacidad Intelectual en niños de 4 a 6 años. Diagnóstico de su Dinámica. Estudio Clínico del WPPSI, DFH y BG*. Buenos Aires: Lumen.
- Taborda, A Y Abraham, M. (2004). El CAT y El Dibujo Libre como recurso diagnóstico de Grupo Psicoterapéutico de Niños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2004; 37/38, 113-130
- Taborda, A; Díaz. (2004). "Tratamiento Psicoterapéutico Individual y Grupal en Niños con Déficit Atencional". *Revista Electrónica: Topia*. [www.topia.com.ar/articulos/204-tabordadiaz.htm](http://www.topia.com.ar/articulos/204-tabordadiaz.htm)".
- Taborda, A. y Díaz, H. (2007) En Triolo Moya y Giordano "La cultura Actual. Su impacto en los distintos campos disciplinares". Cap. 19 pág.179. UNSL LAE.
- Taborda, A.; Díaz, H.; Abraham, M. y Toranzo, E. (2008). "Abordaje psicoterapéutico psicoanalítico. Aportes empíricos para la revisión crítica del diagnóstico de Déficit Atencional y su tratamiento" (*Premio otorgado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Mención Especial 2008*). En *Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología* (pp. 81-101). Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Taborda, A. (2010). Trabajo con Imágenes en Proceso Diagnóstico de niños. *SEYPNA. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente.. N° 49. 2010. Pág. 173-185.*
- Taborda, A., Toranzo, E., Ross, T., Mergenthaler, E., & Fontao, M. (2011). *Psicoterapia de grupos paralelo. Estudio piloto de proceso terapéutico de grupo de padres*. Cap. 22 Compilado por Dueñas, G. La patologización de la infancia. Niños o síndromes. Buenos Aires. Noveduc.
- Toranzo, E.; Taborda, A. Ross, T.; Mergenthaler, E.; Fontao, I. (2008). Foco, interacción Grupal y patrones verbales en grupos de padres: Primeros resultados de un estudio piloto. *Revista Argentina de Clínica Psicológica. AIGLE. E. ISSN 1851-7951. XVII, 49-55.*
- Taborda, A., Toranzo, E., Ross, T., Mergenthaler, E., & Fontao, M. (2011). "Gruppenprozesse in einer fokalteapie mit müttern: eine pilotstudie über den psychodynamischen ansatz-zu. *Gruppen Psychoterapie und Gruppendynamik*. (47) 38-52.

Taborda, A.; Toranzo, E.; Ross, T.; Mergenthaler, E.; Fontao, M.I. (2011) Psicoterapia de grupo paralelo de padres e hijos. Estudio piloto de proceso terapéutico del grupo de padres. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Fundación Orienta. España.*

Wechsler, D. (2004). *Test de inteligencia para niños WISC IV. Adaptado y estandarizado por Taborda, A.; Barbenza, C.; Brenlla, M. (2011).* Buenos Aires: Paidós.





## Capítulo 5

### Diagnóstico de las constelaciones sintomáticas del niño desde un enfoque relacional

Alejandra Taborda y Elena Toranzo

---

*“Empecé aprendiendo que Edipo era un parricida incestuoso, y en cambio en la actualidad suelo centrarme sobretodo en que Edipo fue un niño abandonado por sus padres; al principio veía a Narciso como alguien enamorado de sí mismo, ahora pienso que es alguien que vive pendiente de su imagen para conjurar la amenaza de rechazo y de ser destruido; antes centraba el análisis en los conflictos pulsionales y en la culpa, ahora en la vivencia que el paciente tiene de sí mismo, en la inseguridad y en la vergüenza.(...)Este trayecto mío hubiera sido más lento y difícil sin la sustentación en la lectura de los autores intersubjetivos y de la psicología del self”.*

*Riera (2008, p.110)*

Por la complejidad de la consulta, su carácter no-espontáneo y origen en la derivación escolar por síntomas que presenta el niño, consideramos que para llegar a sostener abordajes que atiendan tanto a la problemática del niño como a la dimensión transgeneracional, se requiere poner especial atención al trabajo diagnóstico.

Esta instancia se desarrolla en dos momentos, el primero centrado en las constelaciones sintomáticas del niño y el segundo en las vicisitudes de la conflictiva parental. En ambos, los objetivos prioritarios son: -comprender como se configuró la problemática en la vida del niño; -brindar un espacio en el que puedan emerger múltiples movimientos transferenciales/contratransferenciales; -construir la alianza terapéutica; -delinear los elementos esenciales de la conflictiva padres e hijos que serán trabajados a lo largo de la intervención psicológica; -indicar la modalidad terapéutica apropiada; y -seleccionar los pacientes que podrán beneficiarse con el trabajo de grupos paralelos de padres e hijos.

El eje de la modalidad propuesta pone en relieve que *el diagnóstico en la vida de una persona nunca resulta neutro: es terapéutico o iatrogénico*. El proceso psicodiagnóstico puede constituirse en una herramienta terapéutica, en la medida que

brinde un continente para pensar, en forma incipiente, nuevos enlaces sobre la problemática por la que se consulta (Taborda y Díaz 2005, 2007, 2009).

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

### **Estrategia y estudio de las constelaciones sintomáticas del niño**

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

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

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

De todos modos, el proceso de reintroyección, que permite transformar lo no-pensado en objeto de indagación o conocimiento es paulatino y se desarrolla entre necesarias progresiones-regresiones. Sus características y tiempos dependerán de las peculiaridades de la estructuración psíquica, de complejas mixturas inconscientes de los contenidos escotomizados y de las condiciones vinculares ambientales (madre-grupo). Además, los hallazgos señalados por la investigación empírica de proceso terapéutico, hacen hincapié en que sólo el emerger de emociones positivas, acompañadas de narrativas, estimula las posibilidades de establecer nuevas investiduras conducentes al insight (Fontao y Mergenthaler, 2005; Toranzo, Taborda y otros, 2008). Por otra parte, Cryan (2009), a partir de la indagación realizada sobre proceso terapéutico, agrega que las primeras entrevistas tienen una importancia radical en el desarrollo transferencial y en la comprensión de los porqués de las constelaciones sintomáticas.

Atendiendo a lo expuesto, consideramos pertinente incluir técnicas auxiliares en el encuadre diagnóstico que favorezcan la producción de nuevas narrativas y vivencias relacionales que conlleven a historizarse y analizar el interjuego entre fantasías inconscientes/ realidades vividas. Centralmente, que promuevan una lectura de la problemática del niño como un mensaje dirigido a otro que refiere a una conflictiva inter, intra y transubjetiva. Para ello, es necesario que esté presente la atención interesada, la capacidad de observación y, fundamentalmente, de tolerar el misterio, la disposición a recibir y albergar la transferencia. Cuando subyace la reciprocidad con los padres y con el niño es posible mostrar, más allá de lo que se dice, la vivencia de las emociones. En este sentido, siguiendo lo señalado por Fontana (1982), el trabajo con imágenes fotográficas, dibujos y relatos dinamiza el proceso de transformar impresiones sensoriales y emocionales en narrativas, recuerdos y conocimiento posible. Además, pone en marcha el pensamiento imaginativo, el contacto con la “belleza de cada persona” y sus potencialidades creativas.

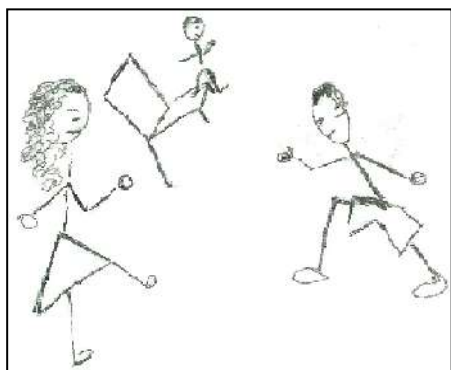
### **Con los padres**

Luego de recorrer el motivo de consulta, su historia y atribuciones causales, se solicita que cuenten dibujando cómo se sienten en la relación con el niño y realicen un relato. Para ello se entregan tres hojas y, en aquellos casos que ambos padres estén presentes, eligen hacer un dibujo en conjunto o por separado. La implementación de esta consigna, tiene como propósito abrir un espacio donde el lenguaje verbal se integre al preverbal. Recordemos que en un contexto transferencial, el gráfico constituye una escritura de imágenes que articula registros previos, marcas, restos que se activan por la regresión y que se manifiestan ante la consigna. El sostén y reverie del

psicodiagnosticador puede convocar investiduras inconscientes que se ligarán a otras representaciones, en esta ocasión para configurar una imagen gráfica que procura hablar del sufrimiento que perturba el espacio psíquico relacional parental el cual, a su vez, involucra la transmisión transgeneracional.

A modo de ilustrar lo expuesto, comenzaremos con el relato de viñetas<sup>7</sup> de un caso que analizaremos a lo largo de este tópico. Los padres de un niño de seis años, refieren como motivo de consulta: *“venimos porque no lo aguantamos más, no sabemos lo que quiere, ni porque está así...no hace caso, contesta, se mueve constantemente, va de accidente en accidente...la maestra nos dijo que viniéramos porque en la escuela también se porta mal y está por repetir de año... se sube a todos lados, está nervioso...no duerme bien...nos tiene todo el día con los nervios de punta...si no le ponemos límites ahora no sabemos que haremos con él...El año pasado el neurólogo lo medicó por hiperactividad, estuvo un tiempo más tranquilo pero después siguió igual, por eso dejamos de darle el remedio”*. Relatan también, que la inquietud del niño se manifestó cuando empezó a caminar, pero que desde que llegaron a vivir a la ciudad en la que residen desde hace un año, es cada vez peor. A continuación, en forma conjunta, representan un niño a punto de caerse de una silla inestable y dos adultos alertas, corriendo tratando de evitarlo.

#### **Proyecciones relaciones gráficas y verbales**



*“Así es todo el día no podemos ni hablar...en realidad no podemos dejar de mirarlo porque hace una macana”*.

El material reseñado, muestra cómo los padres expresan, con un lenguaje catártico-proyectivo, el enojo y preocupación con los que vivencian las manifestaciones autodestructivas y las dificultades de separación del niño que entorpecen el desarrollo de la capacidad de estar a solas, sin el rescate unificador de la mirada de su cuidador. También, a partir del grafismo, es posible inferir compartidos

---

<sup>7</sup> El material cuenta con la autorización para su publicación. Asimismo, la modalidad recortada de presentación tiene como objetivo cuidar aspectos del necesario secreto profesional

sentimientos de impotencia, frente a que sus brazos, estado de alerta y corridas no alcanzan para sostener al hijo que se encuentra en un estado de desequilibrio, representado a través de la silla inestable, figuras humanas dibujadas con palotes y trazos entrecortados

Con el propósito de comprender el modo en que los síntomas fueron configurándose, antes de concluir la primera entrevista, se solicita, para el próximo encuentro, que busquen fotografías para reconstruir la historia vital del niño. Se aclara que pueden elegir todas las que ellos deseen, impresas o en CD y, si es posible, las seleccionen en forma conjunta.

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

Continuando con el material clínico que se analiza, presentamos un recorte de la secuencia con que se trabajó con la pareja parental la historia fotográfica. Ellos seleccionaron las fotos en forma conjunta, en primer lugar pusieron aquellas en que se veían juntos, abrazados, esperando al bebé. Las posteriores, habían sido tomadas por el padre, mostraban a la mamá y al bebé mirándose, tomando el pecho o sonriendo, absortos, con fascinación. En las imágenes fotográficas subsiguientes llamativamente el bebé es considerablemente más grande, por un lapso de tiempo no había sido retratado, lo cual llevó a interrogar sobre este aspecto. Explicaron que cuando tenía tres meses, la madre fue intervenida por una afección cardiológica, que el tratamiento fue un éxito y todo fue superado. Enfáticamente verbalizaron que no notaron cambios en el bebé, era tranquilo, se adaptó a la mamadera y a los cuidados de la abuela materna. Como puede observarse, el relato tiene un cariz evitativo, por lo cual se infirió que, para trabajar de lleno sobre el modo en que este contenido había sido escotomizado, requiere de más tiempo. Aludiendo/ eludiendo a la problemática, las imágenes que continuaron hacían referencia a seis cambios de residencia, el último acaecido hace un año implicó alejarse de la abuela materna y la ciudad natal para radicarse en un lugar significativamente más chico, de un número reducido de habitantes. Los padres refieren que están un poco mejor económicamente pero muy tristes y quizás esto, aunque no lo habían pensado,

influye en su hijo; se ponen así en contacto con el contenido, en parte encubridor, a través del cual pueden tolerar la reintroyección de los duelos vividos.

Al trabajar con imágenes fotográficas es importante estar atentos, entre otras cosas, a la disposición de los padres para buscarlas, a conversar sobre ellas fuera y dentro del consultorio, los lugares que reflejan, las personas retratadas, los pasajes que se muestran y los que quedan excluidos. Frente a lo cual, las intervenciones del psicodiagnosticador son centralmente el reflejo, las preguntas que estimulen volver a mirar, acompañando el establecimiento de los nuevos enlaces, respetando lo que aún no puede pensarse.

### **Con el niño**

Por originarse la consulta a partir de la derivación escolar, se torna central observar y trabajar la modalidad con que se manifiesta la resistencia y la transferencia desarrollada en forma previa a la primera consulta. La misma guarda consonancia, al menos, con las: a) relaciones que el niño y su familia mantienen con la persona e institución que la propuso; b) vivencias despertadas por la derivación, las cuales pueden extenderse desde *“por fin alguien me ve”* a la negación de la problemática. Esta última, en ocasiones reviste una percepción realista, en cambio en otras, prima un carácter defensivo; c) proyecciones sobre la institución en la que se realiza la consulta y d) transferencias-contratransferencias de los padres-psicodiagnosticador.

Lo descripto requiere de un cuidadoso trabajo respecto del motivo de consulta, en el que se considere los efectos provocados por la derivación misma. En la mente del psicodiagnosticador, es importante crear un espacio en el que paulatinamente pueda albergar las proyecciones transferenciales y el dolor psíquico para que, progresivamente, se torne posible comprender el sentido del síntoma.

Con el propósito de brindarle al niño la posibilidad de expresar el motivo de consulta de diversas maneras y de ampliar la capacidad del terapeuta de captar lo manifiesto y latente, implementamos la siguiente secuencia de trabajo:

- Escuchamos las verbalizaciones referidas al motivo de consulta y las relaciones que va realizando tanto sobre su historia como acerca de los por qué de su sufrimiento.
- Verificamos signos de organización psíquica que nos hagan suponer que puede dibujar.

- Cuando la simbolización gráfica es posible, adoptamos como técnica, que cuente, a través de un dibujo lo que le está pasando. Dibujo al que, además de crearle un relato, exploramos junto al niño los detalles y las asociaciones que van surgiendo en conexión con lo que a él le sucede.
- Continuamos con el proceso diagnóstico, apoyándonos en la conjunción de técnicas proyectivas y psicométricas. La batería en su extensión se determina según la problemática y ritmo de cada niño. Los tests proyectivos que utilizamos con más frecuencia son: Test Gestáltico Visomotor de Bender (BG); Casa-Árbol-Persona (CAP); Familia y el Test de Apercepción Infantil (CAT). Como prueba psicométrica instrumentamos el Test de Matrices Progresivas de Raven (evaluado por Pelerosso, 2003) o las escalas de Wechsler (según la edad se administra el WPPSI, evaluado por Taborda (2002); o el WISC-IV adaptado y estandarizado en Argentina (Taborda, Barbenza y Brenlla, 2011).
- La batería concluye con la solicitud: *“cuéntame con un dibujo como puedo ayudarte”* y *“hablemos de este dibujo”* (Taborda 2010).

El material clínico recogido a lo largo de nuestra experiencia, nos ha mostrado la dinamicidad de la producción emergente frente a las nuevas consignas (*“cuéntame con un dibujo lo que te está pasando”*, *“hablemos de este dibujo”* y *“cuéntame con un dibujo como puedo ayudarte”*, *“hablemos de este dibujo”*) Las mismas se acercan más de lleno al lenguaje no verbal de los niños y permiten analizar las fantasías conscientes e inconscientes de enfermedad, de curación y su posición frente a ellas con más especificidad de lo que puede ser relatado verbalmente en el motivo de consulta o en otras pruebas gráficas. Además, implica reconocer en el niño su carácter protagónico, de actor activo, encargado de presentar su propio recorte de lo que le preocupa y como busca apaciguarlo.

Cabe recordar que la doble articulación de lo simbólico y lo imaginario permite crear la representación figural y su relación con el proceso de escritura, en imágenes propias del inconsciente. En otras palabras, convocar a dibujar, en el aquí y ahora transferencial, es propiciar la producción de un nuevo acto psíquico, ya que si hay efecto de ligadura para realizar el gráfico (trabajo de simbolización), también hay modificaciones en el sujeto. La producción transmite deseos, rechazos, propósitos, miedos, cuidados, pérdidas, interrupciones y vías de compensación. Así, todo gráfico tiene que ser analizado y comprendido a la manera del sueño, fragmentado en sus componentes para obtener asociaciones que posibiliten tanto



nuevas escrituras como la formulación de hipótesis acerca de las marcas históricas constitutivas de la realidad psíquica. Este proceso de simbolización, de transformación puesto en juego, en esta oportunidad, para referir las fantasías de enfermedad y curación, condensa la histórica mediación del cuerpo propio conformado según las vicisitudes relacionales diádicas iniciales y el pasaje a la conflictiva edípica; transversalizadas por modos culturales.

Con el propósito de ilustrar lo expuesto retomamos el material clínico. El niño, refiere como motivo de consulta *“me porto mal... la maestra no me quiere porque me porto mal...no sé”*. Luego, se representó gráficamente, a través de una pequeña figura de dos dimensiones, sin ojos, nariz, cabello, manos, ni pies, con una importante asimetría a nivel de los hombros, centrada en el borde inferior de la hoja con un brazo enyesado.

### Proyecciones gráficas y verbales sobre el motivo de consulta



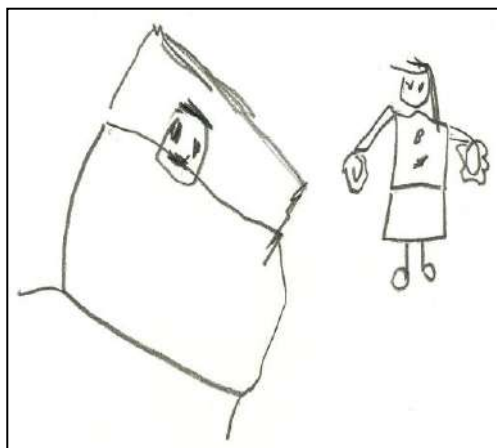
*“Estaba durmiendo con mi papá soñé cosas feas y me caí de la cama me quebré el brazo, me llevó al médico me enyesaron porque me dolía mucho, no me dio miedo, mi mamá estaba de viaje. ¿Qué cosas feas soñabas? Siempre sueño cosas feas, que corro y me caigo en un pozo, que un monstruo me corre, me agarra”.*

A medida que relataba, coloreó de rojo toda la figura humana y agregó, muy cerca de la cabeza el dibujo del pozo, a modo de un remolino y un monstruo volador con dientes grandes de un tamaño considerablemente mayor que la figura humana. Posteriormente, expresa: *“Mi mamá siempre me dice que me quede quieto que me voy a caer”* y agrega una raya en el brazo y una en la pierna ¿Son lastimaduras? *“Sí me caí en la bici y me raspé, mi mamá me retó.”* La producción gráfica y verbal descripta transmite la opresión provocada por contenidos persecutorios que conllevan a la primitiva sensación de caer interminablemente, como una clara expresión de la traumática separación temprana con la madre. Ser chupado-ser comido se presentaban como dos terrores primitivos que no encontraban sostén, modos de simbolización. La inquietud es su defensa frente a sus dificultades de separarse, para instaurar sus posibilidades de estar a solas, vivenciar la conflictiva

edípica y necesidades de masculinización en forma más saludable, lo cual fue corroborado y ampliado en la conjunción del análisis de la producción gráfica y lúdica recolectada en el proceso diagnóstico.

Luego, en entrevistas posteriores, frente a la consigna *“Cuéntame con un dibujo cómo puedo ayudarte”*, el niño se dibujó acostado sólo en su cama, su madre a su lado.

### **Proyecciones gráficas de las fantasías de enfermedad y curación**



*“Mi mamá y yo...me cuenta el cuento del Ángel de la Guarda para que no tenga miedo y no sueñe cosas feas”*

Recordemos que en el primer grafismo la madre estaba explícitamente ausente. El material fue interpretado como el anhelo de crear un espacio intra e intersubjetivo en el que prime un “objeto completamente bueno”, idealiza

do en lo angelical, que le permita luchar con los perseguidores, integrar su motricidad, agresión-culpa-autoagresión, reencontrar a su madre para emprender un camino de separación que le posibilite incorporar introyectivamente la figura paterna en sus vicisitudes de objeto de amor y rival, en un momento evolutivo en el que, paulatinamente, se amplía el camino a la vida extrafamiliar.

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

En resumen, el diagnóstico es una síntesis en la que se busca develar tanto el modo en que el olvido, el fallido, el síntoma hablan, como también, las vías de compensación que el sujeto ha desplegado a lo largo de su vida de relación. De esta manera, se procura recolectar y trabajar los primeros movimientos transferenciales-contratransferenciales, a través de la creación de un espacio donde se brinde la oportunidad de compartir el mundo de fantasías conscientes e inconscientes movilizadas, que impregnarán de un modo u otro, el eventual tratamiento psicoterapéutico. El abordaje propuesto, puede convertirse en un agente que estimule nuevas emociones, vivencias relacionales, narrativas y enlaces que amplíen la comprensión de la problemática por la que se consulta. El recorte realizado sobre el análisis del material clínico, muestra como el trauma no miente, protesta, talla la repetición, gobierna hasta que se lo elabore, tiene su memoria, en otras palabras condensa el *retorno del objeto malo*. El mismo cobra existencia vivida, pausable de transformaciones, cuando lo reconocen y se cae en la cuenta de que esto no nombrado, no fechado, no pensado tiene un papel etiológico determinante y se configura en una trampa, un obstáculo destinado a hacer caer.

Desde esta perspectiva, el trabajo realizado facilitó -en estos padres con estructura de orden neurótico, inmersos en una superposición de duelos que dificultaban su elaboración- el ponerse en contacto con su tristeza y cómo ella dificultaba, desde temprana edad, la relación con el niño. Así como también, el modo en que éste procuraba, a través de movimientos y accidentes expresar su conflictiva intra e intersubjetiva, que lo llevaban a procurarse un sostén, despojarse de perseguidores y culpa, a despertarlos, ponerlos atentos. Centralmente, a mantener el sostén organizador de la mirada de los adultos, porque existían dificultades en el proceso de separación que obstaculizó la constitución de la capacidad de estar a solas.

El ponerse en contacto con los efectos de los duelos en la vida cotidiana de todos y cada uno de los integrantes de la familia, llevó a estos padres a solicitar tratamiento psicoterapéutico individual para ellos y el hijo, lo cual a su vez resultaba concordante con los criterios de indicación elaborados por nuestro equipo de trabajo. En este contexto el terapeuta del niño quincenalmente entrevistaba a los padres a efectos de trabajar focalmente el rol parental.

### **Con docentes o miembros de la escuela que realizan la derivación**

Esta instancia del proceso diagnóstico es alternativa y, por ende, no siempre se lleva a cabo. La misma se concreta cuando las docentes y/o directivos lo solicitan y se cuenta con el acuerdo de los padres y el niño.

En esta entrevista, se busca lograr un corrimiento del "*tengo un alumno con problemas*" para trabajar focalmente con las dificultades, angustias que irrumpen en

el vínculo docente-alumno. De este modo, se procura construir, en el aquí y ahora, un espacio en el que pueda surgir *“el pensar con...”* bajo la norma básica: *el secreto profesional para todos y cada uno de los sujetos que participan en el proceso diagnóstico.*

Como en toda relación los movimientos transferenciales/ contratransferenciales determinan el vínculo y, consecuentemente la tarea, en este caso la posibilidad de *“pensar focalmente las dificultades en aprender y enseñar”*. La experiencia previa que tengan los docentes y la institución respecto a la asistencia que ofrece el quehacer psicológico es uno de los factores que influye en la relación y peticiones que se le realizan al profesional.

Con cierta frecuencia hemos observado que los docentes y/o directivos solicitan un informe escrito explicativo de la problemática del niño, acompañado de recomendaciones a seguir en el proceso educativo. Tal petición se apoya, al menos en parte, en experiencias previas con profesionales que consideran adecuado otorgarlos, de este modo, los informes configuran una parte del legajo escolar del *“niño problema”* y son proveedores de una letra escrita que pretende sustentar el saber.

Desde nuestro punto de vista, esta solicitud expresa necesidades de dependencia de los docentes, por lo que responder a ella obtura la construcción de nuevas visiones propias sobre las dificultades observadas. Conjuntamente, se reducen las posibilidades de trabajar sobre escenas educativas que podrían acentuarlas o, en su defecto, contenerlas para transformarlas. Además, cuando el problema queda centralizado en el niño, se disminuye la capacidad de captar aquellas situaciones que por ser transferidas al vínculo educativo, operan como obstáculo y cuáles se constituyen como motor del aprender.

La labor con el docente se centra focalmente en la relación que establece con el niño, su familia y la institución de pertenencia, desde su rol de educador. Para ello, a efectos de propiciar nuevas asociaciones, instrumentamos un continuo de intervenciones verbales que toman la forma de: puntualizaciones; pedidos de opinión; preguntas; acentuación de palabras o frases significativas. En consecuencia, se procura crear una relación continente en la que confluyan diversos puntos de vista que pudieran promover una comprensión diferente y reflejen la premisa de que, tal como señala Fernández (1997, 2000), *“Más importante que hacer que alguien piense algo no pensado, es permitir que amplíe el ámbito de lo pensable y que realice la ‘experiencia de vivencia’ de satisfacción, al reconocerse pensante. Es decir, la alegría de encontrarse y reconocerse autor”*. En otras palabras, procuramos alejarnos tanto de un espacio de repetición automática

como de infructuosos intentos de seguimientos imitativos de un listado de indicaciones o consejos. Este espacio sólo es posible de crear cuando el saber de sus protagonistas se construye en el “*pensar con...*”

### **Complejidad del diagnóstico y sus enlaces con las vicisitudes de la recomendación terapéutica**

Metafóricamente, podemos equiparar el diagnóstico con un esqueleto, una estructura que irá tomando cuerpo en la mente del psicodiagnosticador a partir del efecto de las repeticiones recurrentes observadas en las expresiones gráficas, verbales y transferenciales-contratransferenciales múltiples.

El material recogido es analizado como una investigación en curso, en la que se busca develar o, al menos, iniciar la comprensión de los por qué de la conducta manifiesta. Así como también, las vías de compensaciones implementadas y los aspectos saludables puestos en juego en el transcurso del proceso. Como en toda indagación en la que se procura comprender la multicausalidad del sufrimiento psíquico, quedarán interrogantes sin responder. El reconocimiento del interjuego de lo que se conoce con lo que no se llega a comprender plenamente, puede inaugurar movimientos que conduzcan a trabajar los aspectos disociados, los aún no pensados de la problemática.

Paulatinamente, se va perfilando en cada uno de los actores de la situación clínica -padres, niños, institución- el abordaje terapéutico adecuado y posible. Nuestro equipo de trabajo ha modelizado diversas alternativas que contemplan la interdependencia de los fenómenos clínicos observados con la adecuación de la intervención psicológica.

El enfoque que desarrollamos considera que padres y niños con estructuras psicológicas y psicopatológicas muy diversas pueden beneficiarse de una modalidad terapéutica de grupos paralelos de padres e hijos. Aunque, tal como lo señala Torrás de Beà (1996), este abordaje como primera y/o única intervención psicológica, está *contraindicado* en pacientes borderline, psicóticos, con tendencias suicidas o duelos no elaborados. Por tal motivo, cuando se observa en los adultos duelos recientes o no elaborados, se indica tratamiento individual. Asimismo, los estados altamente angustiosos que obstaculizan el trabajo centralizado en el rol parental y las dificultades con el manejo de la impulsividad, con cierta capacidad para parar y escuchar, requieren combinar psicoterapia de grupo con tratamiento individual, a cargo de otro terapeuta. Sin dejar de lado la posibilidad de otras derivaciones necesarias, por ejemplo frente a la presencia de maltrato infantil, se trabaja conjuntamente con los programas de asistencia específicas con los que cuenta la institución universitaria pública donde prestamos servicios.

En la población asistida, una contraindicación específica y frecuente para iniciar el tratamiento psicoterapéutico del niño, es la presencia de *secretos familiares* sobre su origen e identidad. En estos casos, se cuida que sean los padres los encargados de informarle al hijo sobre esta situación. Destacamos la importancia de que el profesional se sustraiga de establecer alianzas con aspectos inmaduros o patológicos de los padres que lleven al acting contratransferencial y se convierta en un informante que pone en jaque el indeclinable lugar parental. En consecuencia, se propone en una primera instancia, incorporar a los padres al grupo terapéutico, para trabajar específicamente sobre las causas y consecuencias consciente e inconsciente de dicho secreto. Luego de que el mismo es revelado, consideramos que se reúnen las condiciones para iniciar un primer tramo de psicoterapia individual para su elaboración.

Por otra parte, cuando las dificultades del niño se centran en carencias tempranas, que requieren ser especialmente atendidas, porque expresan *déficits en la constitución psíquica* generados por depresión primaria, se indica tratamiento psicoterapéutico individual para el niño. En estos casos, en los primeros momentos nuestra labor terapéutica procura establecer enlaces entre la descarga motora o la inhibición y/o las alternancias entre una y otra. Así como también, los afectos, los estados de tensión, sus necesidades de fusión y las percepciones. Estos enlaces se promueven a través de verbalizaciones descriptivas de diversas acciones y secuencias lúdicas. Estamos especialmente atentos a la comunicación, generalmente no verbal, de las necesidades de narcisización y de cuidar la norma básica: *“no dañarse a sí mismo, ni al terapeuta, ni romper las pertenencias de este último”*, ayudando a transformar la agresión o la inhibición, en intercambios verbales y lúdicos. Sólo cuando el niño paulatinamente comienza a establecer estos enlaces y los circuitos compulsivos comienzan a ceder, inaugurando nuevas posibilidades de discriminación y de pensar, instrumentamos la interpretación de las representaciones inconscientes, para luego arribar a la propuesta del tratamiento grupal.

En lo habitual, las sesiones individuales con el niño tienen una frecuencia semanal de cuarenta y cinco minutos. Para los padres se dispone del tratamiento grupal combinado con entrevistas individuales periódicas. Con frecuencia, hemos tenido que focalizar el trabajo en temáticas tales como la introducción de pautas constitutivas del proceso de separación, en pos de establecer las discriminaciones necesarias y promover la renuncia al autoerotismo, entre ellas por ejemplo: el uso de la mamadera y chupete, que suele extenderse más allá de los 6 años; el colecho; la privacidad en la higiene y desnudez personal de los adultos y el niño. Centralmente, diferenciar ternura de sobreexcitación; entre límites que introducen la prohibición de aspectos sadomasoquista

expresados en conductas violentas, entre otros y de este modo procurar construir la necesaria relación asimétrica filial.

En síntesis, el eje de las diferentes modalidades psicoterapéuticas propuestas, remite a una concepción de la constitución psíquica y subjetiva, que guía las intervenciones del equipo de terapeutas. En la mente del analista están siempre presente los sinuosos y complejos procesos que giran en torno a las necesidades de fusión/ separación, discriminación yo/no yo, interno/ externo, conocido/ desconocido, privado/ público que habitan la vida íntima de la identificaciones proyectivas, de padres e hijos.

### **Bibliografía**

Bellak, L. y Bellak, S. (1981). *Test de apercepción infantil con figuras de animales para niños de 4 a 10 años (CAT.A)*. Buenos Aires: Paidós.

Bender, L. (1960). *Test Gestáltico Visomotor*. Buenos Aires: Paidós.

Cryan, G. (2009). *Estudio de Proceso y Resultados En Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial*. Tesis doctoral UBA.

Fernández, A. (1997). *La inteligencia atrapada*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Fernández, A. (2000). *Los idiomas del aprendiente. Análisis de modalidades de enseñanza en familias, escuelas y medios*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Fontana, A. y Loschi, J. (1982). *Sesión Prolongada. Más allá de los cincuenta minutos*. Buenos Aires: Gedisa.

Koppitz, E. (1976). *El Test Gestáltico Visomotor para niños*. Buenos Aires: Guadalupe.

Riera, R. (2008). Transformaciones en mi práctica psicoanalítica (Un trayecto personal con el soporte de la teoría intersubjetiva y de la psicología del self). *Revista Aperturas Aperturas Psicoanalíticas, www.aperturas.org (8)*

Siquier de Ocampo, M. (1983). *Las técnicas proyectivas y el proceso de Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva visión.

Taborda de Velasco, A. (2002). *La Capacidad Intelectual en niños de 4 a 6 años. Diagnóstico de su Dinámica. Estudio Clínico del WPPSI, DFH y BG*. Buenos Aires: Lumen.

Taborda, A. y Díaz, D. (2007). *“¿Estamos Frente a un Incremento del Trastorno de Déficit Atencional o a Criterios que Llevan a la Patologización de la Infancia?”* Capítulo 19 En Triolo Moya, F. y Giordano, M. *“La Cultura Actual. Su Impacto en Distintos Campos Disciplinarios.”* Argentina. LAE.

Taborda, A. (2009). "Prevención y Diagnóstico en el Ámbito del Trabajo en Red con Instituciones Escolares". Capítulo 15. En Taborda Y Leoz. "Configuraciones Actuales de la Psicología Educacional. Desde la Clínica Individual hacia una Clínica en Extensión". San Luis. Nueva Editorial Universitaria.

Taborda, A. (2010) Trabajo con imágenes en el proceso diagnóstico de niños" *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2010; 49, 173-185

Wechsler, D. (2004). *Test de inteligencia para niños WISC IV. Adaptado y estandarizado por Taborda, A.; Barbenza, C.; Brenlla, M.*" (2011). Buenos Aires: Paidós.





## Capítulo 6

### Diagnóstico de la conflictiva parental y transmisión transgeneracional

Alejandra Taborda y Elena Toranzo

---

*“...en toda crianza existen fantasmas, visitantes del pasado no recordado de los padres, huéspedes no invitados al bautizo, que en algunas familias aparecen en escena en momentos inesperados, en donde padres e hijos se encuentran así mismos protagonizando, reeditando, papeles de obras de tiempos pasados. Otras familias se manifiestan como poseídas por sus fantasmas, huéspedes permanentes que claman por la tradición y por los derechos de permanencia y han estado presentes en el bautizo de dos o tres generaciones sin haber sido invitados.”*

*Fraiberg y colaboradores (1987, p.111)*

En virtud de que procuramos aprovechar los aspectos terapéuticos de las diferentes fases del dispositivo que implementamos, reiteramos que en el diagnóstico individual se instalan fantasías inconscientes que impregnan el tratamiento y los primeros indicios de la alianza terapéutica.

En el estudio de la situación parental, que remite a la disponibilidad de los padres en el desempeño de su rol, se implementan: *Entrevista inicial; Entrevista para Padres* (Taborda y Toranzo, 2005) en sus datos históricos y aspectos transferenciales. Como tercer paso, la *integración diagnóstica y respectiva recomendación terapéutica*. Esta última, puede consistir en la indicación específica de psicoterapia de grupos de padres exclusivamente, su combinación con tratamiento individual, u otros programas de asistencia especializados con los que cuenta el servicio.

En su secuencia, la exploración comienza ya en la *Entrevista inicial* y reúne características generales señaladas por Fiorini (2002) para la primera entrevista en psicoterapia breve, especialmente en cuanto a la actitud del entrevistador. Esta instancia, está destinada a construir el rapport, recolectar los datos necesario, realizar convenios sobre el contrato y establecer las bases terapéuticas iniciales sustentadas en el interés común y genuino en la tarea que van a comenzar. Como telón de fondo, se realiza una aproximación clínica-dinámica presuntiva de la personalidad de los padres

y como eje la motivación y actitud de ellos respecto a las dificultades del niño. En este sentido, se tienen en cuenta la capacidad de cooperar en la búsqueda de causas y el deseo de comprender la problemática del hijo; la honestidad en el relato de las circunstancias que la envuelven; las condiciones de vida de los padres. En este último ítem, es relevante considerar el lugar geográfico donde radica la familia, combinar los horarios y lugares de trabajo de unos y otros, sopesar las obligaciones laborales y familiares que permitan plantear una propuesta realizable para el paciente. Estas condiciones son necesarias en pos de organizar los aspectos operativos del encuadre que puedan afectar la adherencia al tratamiento. El conjunto de indicadores puntualizados, a tener en cuenta en la Entrevista inicial, cobran aún más jerarquía dado el contexto de una consulta no espontánea, ocasionada por derivación escolar a un servicio de asistencia pública.

En el transcurso de este diagnóstico, un segundo momento lo constituye la *Entrevista para Padres*. La misma es semiestructurada, consta de 20 preguntas que incluyen una serie de sondeos no sistematizados que permitan describir las relaciones tempranas de los padres y una revisión del rol parental. Por lo tanto, las preguntas se organizan haciendo un recorrido de las relaciones infantiles, para luego internarnos en cómo creen que estas vivencias intersubjetivas afectan el vínculo con el hijo. Resulta prioritario el desarrollo de una actitud clínica, empática que facilite al entrevistado la expresión genuina de sus sentimientos, con la menor interferencia posible del entrevistador. Quien a su vez, procurará promover el recuerdo en tiempos, espacios, sensaciones corporales. A modo de ejemplo, citamos a continuación algunas de las preguntas incluidas en el protocolo:

- Cuéntame de tu familia de origen, dónde y de qué vivían. Es importante promover detalles de lugares que provocaban temor, o por el contrario refugiaban, recordando sus sonidos, sus aromas, etc.
- Cuéntame situaciones concretas referidas a la relación con tu madre, retrocediendo en el tiempo tanto como te sea posible.
- Menciona algunas cualidades de tu madre. ¿Recuerdas alguna situación en la que puedas mostrarme lo que acabas de señalar?
- Idem con el padre.
- ¿Cómo era la relación con tus hermanos?
- ¿Cuando niño, viviste situaciones de rechazo? ¿Cuáles? ¿Y qué hacías en esas circunstancias? ¿Tus padres se daban cuenta de los diferentes sentimientos que tenías? Es importante promover la descripción de episodios en los que se recuerde lugares, tiempos, olores, etc.

- Qué aprendiste de tus experiencias infantiles y ¿Qué te gustaría que aprendiera tu hijo de ti? ¿Qué no te gustaría que aprendiera?
- Hemos hablado de tu pasado como hija/o, hábleme de la relación con tu hijo. Puedes contarme situaciones que ejemplifiquen lo que me relatas.

En el desarrollo e implementación de esta técnica, se toma como referencia la Entrevista de Apego para Adultos (Mary Main et. al., 1985) basada en los aportes de Bowlby (1952). Consideramos que su enfoque relacional etológico proveyó las bases para los estudios transgeneracionales dentro del psicoanálisis. Cabe acotar que este instrumento fue recreado y adaptado para su aplicación en poblaciones clínicas. La tarea del entrevistador, basada en la recolección histórica de la vida vincular, ayuda a explorar e iniciar la posible reorganización de los modelos representacionales conscientes e inconscientes. Este proceso involucra una revisión tanto cognitiva como afectiva de la visión de sí mismo y de los demás, que posibilita incipientemente, pensar los caminos que ha recorrido la repetición y el modelo relacional que se establece con el hijo por el que se consulta, lo cual se profundizará en el curso del tratamiento.

Desde este posicionamiento, los miedos y dificultades tienen su base en las experiencias reales vivenciadas en conjunción con las complejas tramas inconscientes que sobre ellas se constituyen. Por tal motivo, la *“Entrevista para padres”* resulta de utilidad en tanto se trata, según Marrone (1992), de una *“indagación informada”* que tiene un gran valor para que paciente y terapeuta puedan reconocer el repertorio de comunicaciones e identificar interacciones patológicas o disfuncionales que pueden ocurrir en una familia.

### **Consideraciones clínicas sobre la Entrevista para Padres**

Las preguntas consignadas precedentemente son utilizadas como una guía interna del entrevistador y no como un protocolo que se debe cumplir estrictamente. Tal como ya referimos, ponemos en primer lugar el establecimiento de una alianza de trabajo y el desarrollo del rapport. Para el análisis de su contenido se consideran tanto la transferencia-contratransferencia, como las congruencias-incongruencias que surgen a lo largo del relato. Desde allí, se infieren las modalidades relacionales que han sido desarrolladas consciente o inconscientemente como *“estrategias adaptativas”* de los padres y que por supuesto influyen en los hijos.

Esta entrevista se administra en un encuentro sin límite de tiempo, aunque habitualmente puede cumplimentarse aproximadamente en dos horas treinta. La dimensión temporal se constituye en un elemento diagnóstico a tener en cuenta.

Una extensión excesiva, conjuntamente con el debate del entrevistador entre el deseo de cuidar y la necesidad de preservarse de la voracidad, es un indicador de una transferencia-contratransferencia materna ambivalente. Hecho que puede responder a múltiples causas, las cuales hemos englobado dentro de aspectos depresivos, demandantes y/o agresivos de la estructura de personalidad del paciente y/o del entrevistador movilizados por los contenidos que se presentan en el transcurso de la entrevista.

Del mismo modo, es importante observar qué temáticas fueron más extensas o muy acotadas y el equilibrio entre el propio pasado y el presente con el niño. Un análisis minucioso de estos aspectos permite apreciar las técnicas defensivas que surgen frente a la angustia, sean ellas del orden obsesivo, fóbico, histérico, entre otras. Asimismo, es significativo diferenciar qué contenidos y/o pasajes históricos fluyeron naturalmente de aquéllos en los que fue necesario insistir con diversas preguntas.

Aplicar esta modalidad de análisis permite apreciar las congruencias-incongruencias que aparecen en el material clínico y es precisamente este, uno de los aspectos centrales dentro de nuestro objetivo diagnóstico. Consecuentemente, se requiere tener en cuenta los recuerdos que surgen; fallos en la memoria; contradicciones; peculiaridades de las construcciones lingüísticas y la coherencia-incoherencia que se registren entre el contenido verbal y no verbal, encargada de poner a la luz aspectos disociados. Todo este espectro de indicadores, cabe reiterar, integrados a la contratransferencia del entrevistador.

En síntesis, dado el rico valor diagnóstico que reviste, el énfasis recae en llevar al paciente a recorridos episódicos biográficos, encargados de estimular la emergencia de recuerdos vívidos. Escenas verbalmente referidas, a modo de un juego dramático, que incluyen sensaciones, fantasías y permiten un intenso acceso a lo emocional. Este volver a mirar el pasado en compañía inicia el camino para pensar la repetición y elaborar los aspectos conflictivos con sus propios padres y con sus hijos.

En otras palabras, procuramos trabajar la concordancia intergeneracional de los patrones de relación creados en la internalización del vínculo temprano con la madre, reeditado, revivido y, en el mejor de los casos, reelaborado en otras relaciones significativas especialmente el padre, la pareja y los hijos.

En la población que asistimos, frecuentemente se movilizan situaciones conflictivas y dolorosas de la propia niñez en la mayoría de los padres. Las respuestas abarcan un espectro que se extiende desde excesivas carencias afectivas y económicas, en su mayor parte, a recuerdos que aluden a cuidados vividos como buenos y protectores que brindaron sostén.

Para ilustrar lo expuesto hacemos referencia a una madre (María) quien consulta porque su hijo Carlos de ocho años había sido excluido del grado común e incorporado en el especial por reiteradas dificultades de aprendizaje. Además, en el ámbito escolar se apropiaba de pertenencias de sus compañeros, en ocasiones se arrancaba el pelo y estuvo medicado, por el lapso de aproximadamente un año por Déficit Atencional, fármaco que había abandonado en forma previa a la consulta psicológica. En la entrevista para padres, María (M) dice: *36 años, mi papá murió cuando tenía 11 años, mi mamá cuando ya me había casado...tengo siete hermanos y un mellizo que mi mamá dio, recién hace tres años que nos empezamos a encontrar...mi mamá se iba y nos dejaba solos...me criaron mis hermanas...a ella le gustaba la "joda", los bailes...me trajo a esta ciudad y me dejó en la casa de la hermana de mi padrastro de empleada y a fin de mes venía a llevarse la plata...yo no le interesaba...mi padrastro no nos quería más...estuve interna cuatro años en el Hogar Escuela porque la amenazaron....El recuerdo de mi papá es el único que me acompañó, el nos cuidó siempre, nos enseñó a trabajar, ser honesto y soportar".*

En cuanto a aspectos transferenciales, el entrevistador relata que en la paciente podían apreciarse dos actitudes antagónicas que le generaron tanto deseos de proveer cuidado como desconcierto. Por un lado, observó una fragilidad inclusive física, muy menuda y delgada, desaliñada en su peinado, con una palidez asociable a falta de alimentación. Esto se acompañaba de un lenguaje pobre, monótono, en cierto grado confuso, reducido contacto visual que traducía timidez. En otros momentos, el discurso se tornaba verborrágico, costaba seguirle el hilo y determinar secuencias temporales. Por otra parte, diferentes pasajes de la Entrevista denotaban tenacidad y adecuación en la lucha emprendida desde corta edad para salir adelante en circunstancias muy adversas. Así como también, la capacidad tanto de buscar ayuda como de brindarla a su numerosa familia actual en las diversas problemáticas que presentaba. La entrevistadora la refiere como *"alguien que le había pasado de todo pero seguía adelante"*. La transferencia desarrollada era positiva, se mostraba simultáneamente dependiente y muy cooperativa con el problema escolar del niño, al cual le otorgaba gran importancia porque consideraba que solo el estudiar podría brindarle nuevas oportunidades. En sus palabras, *"yo no quiero que sea como yo que no pude estudiar y así estoy, quiero que él sea alguien en la vida"*. En un plano más profundo se podía apreciar la lucha de María para no repetir su historia infantil -vía identificación proyectiva- de abandono de los hijos.

Los antagonismos, observados pusieron en duda la pertinencia de indicar el abordaje grupal como única modalidad de intervención, porque no se alcanzaba a discernir claramente entre déficit en la organización psíquica relevantes y/o carencias

económicas, socio-educativas de larga data. Apoyándonos en: -la constancia en la búsqueda de ayuda; -los prevalecientes aspectos transferenciales/contratransferenciales positivos; -el modo de apoyarse en la reminiscencia de quienes brindaron sostén como refiere la viñeta: “...El recuerdo de mi papá es el único que me acompañó, él nos cuidó siempre, nos enseñó a trabajar, ser honesto y soportar”; se decidió observar su evolución en el grupo. A posteriori, los progresos logrados en el transcurso del tratamiento de los aspectos disociados observados, confirmaron la pertinencia de dicha indicación.

En el estudio cualitativo del material clínico, hemos podido observar que la *Entrevista para Padres* suscita cinco modalidades clínicas predominantes, no excluyentes entre sí: 1.- exclusivamente catártica; 2.- tendencia a quedarse en la historia sin poder responder a los ítems vinculados a la relación con el hijo; 3.- confusión entre la propia identidad y la del niño, índice de la necesidad de complementar el tratamiento grupal con el individual; 4.- distancia emocional con lo relatado y/o 5.- reflexión sobre el pasado. La historia de vida relatada es, de algún modo, hilvanada y repensada teniendo en cuenta la relación actual con el hijo y sus conflictos respecto a la parentalidad.

En consecuencia, el trabajo clínico que se realiza en esta fase diagnóstica permite vislumbrar los ejes conflictivos de la parentalidad, para comenzar a construir nuevas ligaduras y diferenciaciones entre la propia historia y la de sus hijos. En otras palabras, es esencial para la construcción del foco psicoterapéutico o “traumatismos operantes en la transmisión transgeneracional” y en el caldeamiento específico para iniciar el abordaje propuesto.

Consideramos que proporcionar este espacio individual e introspectivo promueve el desarrollo de la confianza en una relación dual contrafóbica que facilitará el pasaje a lo grupal. Por lo tanto, resulta de importancia nodal para la paulatina construcción de la alianza que sustenta la *adherencia terapéutica* de los padres y del niño. Cabe destacar que nuestros estudios estadísticos realizados de adherencia terapéutica en grupos paralelos de padres e hijos, señalan que el 65% de los pacientes permanecen al menos un año en tratamiento. El 25 % abandonan en las primeras sesiones, probablemente por las intensas movilizaciones y temores que provoca ingresar a un grupo. Tras un periodo de estabilización, las deserciones reaparecen en momentos grupales significativos, que requieren cuidadosa atención, ya que implican tanto procesos de duelo como la expresión de resistencias y desmotivaciones que genera diversas vivencias, según el momento transferencial en que surgen.

En este sentido, consideramos que las particularidades de la faz diagnóstica y luego el abordaje de grupo paralelo se constituye en un sistema apropiado de asistencia en un ámbito institucional donde la deserción es generalmente muy alta.

## Puesta en relación de las instancias diagnósticas de padres e hijos

Para este propósito nos respaldaremos en el material clínico de una señora Gabriela (G) que consulta por su hija Gabrielita (Ga) de siete años de edad, hija de soltera. En la actualidad convive con tres hermanitos varones y el padre de estos a quien ella también llama papá, aunque la niña, hace dos años fue informada sobre esta realidad.

En el motivo de consulta Gabriela (G) refiere *“la traigo porque está imposible, se porta mal en la escuela y ya no me hace caso... Ella no tiene problemas para aprender, como hace todo rápido, termina antes y se dedica a molestar pellizcar, tirar el pelo o charlar, es súper inquieta, hiperactiva...demasiado despierta, es una avispa y es difícil de seguirle el ritmo... cuando yo voy ella ya está de vuelta... otra cosa que me molesta es que se toquetea todo el día, en todos lados ya no se que hacer”*.

Esta preocupación aparece como temática recurrente a lo largo del proceso. En el curso de las entrevistas en la que se recolecta la historia vital de la niña (G) expresa: *Cuando tenía dos años se toqueteaba sin parar... un día me saqué y le pegue tan fuerte que le dejé la cola colorado...no sabía que hacer me quería cortar la mano...le puse aceite...paños de agua fría...me juré no pegarle más...pero a veces no puedo y le tiro el pelo, la oreja, la chirleo...me saca, después me quiero matar”*.

En el recorte de la entrevista para padres que presentamos, Gabriela comienza diciendo *“yo no tengo padre para mi está muerto...mi familia está compuesta por mi madre, dos hermanas docentes y un varón...Viví en el campo hasta los trece... A los quince entré a trabajar como doméstica cama adentro y después ya con (Ga) me vine a la ciudad...con el padre de ella nada...sólo estuve una noche y no lo vi más...Mi familia hacía trabajos de campo, tambo...y después del sacrificio de tantos años mi tía vendió las vacas y las ovejas para sacar al hijo de la cárcel...le habían dado ocho años por blear al padre porque abusó de su hermana. (La paciente refiere aquí la infidelidad de su padre con la hermana de su madre con quien tuvo dos hijos, una por él abusada y otro quien lo baleo, sin matarlo, al enterarse de este hecho). A mí me salvó mi abuela...yo iba a tercer grado y me llevé dos materias, yo estaba tomando el té, había traído el boletín y mi padre dijo ¡a ver la libretas! Y entonces me agarró con un látigo, era un lazo...me dejó la cicatriz en la pierna y me metió la cabeza dentro de un tacho de agua y me ahogaba...mi abuela salió con un rifle y ahí me dejó, sino capaz que me mataba...Mi madre se sacrificó mucho por nosotros...trabajó siempre...se las ingeniaba para darnos de comer. Yo no estoy de acuerdo con lo que le permitió a mi padre...ella debería habernos sacado de ahí...cuando tenía ocho años le robaba a mi padre, le sacaba dinero y lo ponía en el monedero de mi mamá. El me descubrió y fue la única vez que no me pegó...me habló y me dijo que robar era malo...yo soy igual que él, que*



*vamos para el loquero...yo soy mala, el cuco, la bruja, le pego mucho a mis hijos...De mi madre aprendí muchas cosas de lo que le pasó a ella... yo nunca me dejaría manejar por un hombre...a mi me gustaría aprender a hablar más con mis hijos y no pegarles”.*

Para presentar Gabrielita (Ga) tomaremos parte de la producción del diagnóstico. En conjunción con la consigna “*Cuéntame con un dibujo lo que te pasa*” se le presentan los materiales para dibujar y la niña comenta: “*los lápices de color son iguales a los que le compró mi mamá para la escuela, pero me falta el rosa, porque una compañera se lo llevó a la casa y ahora ella tiene dos rosados y yo ninguno*”. Mientras dibuja relata “*No sé que hacer, todo me sale re fiero*”...“*voy a hacer una jirafa (ríe) con un cuello larguísimo*” (borra) “*tengo la boca cortada, si chupo así no me sale sangre...* (su cara y manos están lastimadas por paspadura, ronchas y eczemas) *juy!.. la cola no es para arriba*” (borra)...“*se la hago después*” (silencio)... “*Voy a hacer dos animales, un caballo...me sale re fiero, mentira, me sale mejor que la jirafa*”. Vuelve al dibujo de la jirafa y dice “*no me salen las manchas, los círculos son un mamarracho*”. Continúa dibujando y va relatando “*cuando como manteca de noche me hace mal, los otros días cuando nevó mi papá me dio y me hizo mal, me dio colitis...El frío no me gusta y cuando me tengo que bañar hago trampa...no le digas a nadie...porque me tengo que lavar la cola con agua fría...*” Dibuja el caballo y continúa hablando sin parar “*...en el campo tenía una yegua con un hijo pero la vendieron para comprar una vaca para mi...me gusta andar a caballo, yo anduve una vez, también anduve en burro*”...Al concluir con el caballo comenzó a dibujar un león y dice “*mi papá iba a cazar chanchos jabalí, con un perro que los mordía*”.

En el material clínico brevemente reseñado se pueden apreciar algunos indicadores de la conflictiva relacional madre-hija. El eje fundamental lo constituye -en un plano más consciente- el temor de la madre a la repetición del vínculo agresivo con su padre, en sus palabras: “*yo soy mala, el cuco, la bruja, le pego mucho a mis hijos*”; en lo más profundo, que se repita ahora en la familia actual la situación de incesto. Agresión-erotización, vida-muerte signa la indiferenciación y ambivalencia. La paciente se debate entre “*me metió la cabeza en el tacho con agua*”... y “*le robé... fue la única vez que no me pegó*”; modalidad relacional que se repite en la transmisión transgeneracional y simultáneamente le posibilita luchar contra esa repetición “*a mi me gustaría aprender a hablar más con mis hijos y no pegarles*”.

En otras palabras, la carga emocional puesta en el primer plano le sirve de defensa frente a los contenidos atormentadores que aluden a la sexualidad. La identificación con el agresor las sometía a ambas a luchar obsesiva e infructuosamente contra la agresión y la erotización. Gabriela frente a las conductas masturbatorias, vigilaba y castigaba a la niña, desde los dos años, para luego arrepentirse y buscar anular su sadismo con

caricias. En la actualidad, acusa a su hija con violencia de ser una “avispa”, muy pícara que continúa toqueteándose.

En este contexto, la personalidad y el rol de madre que desempeñaba (G) estaba conformado por un aspecto conflictivo de la identificación negativa y ambivalente con ambos padres. La madre si bien le prodigaba ciertos cuidados, lo hacía desde el sometimiento con su marido, tal como lo sintetiza la siguiente viñeta *“Mi madre se sacrificó mucho con nosotros...trabajó siempre...se las ingeniaba para darnos de comer... Yo no estoy de acuerdo con lo que le permitió a mi padre...ella debería habernos sacado de ahí”*.

Por su parte, Gabrielita también luchaba infructuosamente contra esta identificación ambivalente, teñida por el sentimiento de que una parte de sí, le había sido arrebatada: *“los lápices de color son iguales a los que le compró mi mamá para la escuela, pero me falta el rosa, porque una compañera se lo llevó a la casa y ahora ella tiene dos rosados y yo ninguno”*. Esta expresión condensa la compleja conflictiva familiar, que incluye la ausencia del progenitor y torna amenazante tanto lo masculino como lo femenino, dificultándose la elaboración de la incompletad ontológica. En otras palabras, las carencias y necesidades afectivas derivadas de esta situación, se manifiestan sustitutivamente a través de sobreexcitación, conductas masturbatorias, conjuntamente con enfermedades cutáneas visibles (ronchas, eczemas, paspaduras crónicas) que llegaban a lastimarse.

En el interior de su producción pueden apreciarse las dificultades para integrar una idea unificada de sí misma cuando recurre al dibujo de tres animales, para contar en una realización matizada con borrones (anulaciones) su compleja problemática de identificación. En primer lugar *“la jirafa con un cuello larguísimo”* ese lejano, aparentemente etéreo y pacífico mamífero de la selva, representa su femineidad, a quien hay que borrarle (cortarle) la cola erguida. Consideramos que a través de este animal ajeno a su cultura, simboliza su búsqueda de alejarse de mandatos familiares-maternos y, expresa a su vez, la necesidad de poner distancia emocional, a través de defensas esquizoides y obsesivas. Justamente, en la fuerza y capacidad de defenderse de la jirafa -con frecuencia poco conocida- se apoya para manejar la conflictiva que le presenta la sexualidad y la agresión. Paulatinamente, estas defensas pierden potencia, surgen vivencias de carencias orales y la desconfianza *“tengo la boca cortada, si chupo así no me sale sangre”... “cuando como manteca de noche me hace mal, los otros días cuando nevó mi papá me dio y me hizo mal, me dio colitis...”* Aquí la excitación se presenta como una propiedad construida en la prohibición que permite compensar el sentimiento de estar en un medio hostil, poco cálido y exigente *“El frío no me gusta y cuando me tengo que bañar hago trampa...no le digas a nadie...porque me tengo que*

*lavar la cola con agua fría...*” Asimismo, el material denota el sentimiento, transmitido por su madre, que la relación con el padre puede ser peligrosa.

Lo descripto, guarda coherencia con la secuencia de la rica producción gráfica que alude a sus potencialidades y también a sus sentimientos de impotencia *“me sale refiera...no me salen las manchas”*... En ella se condensa la agresión, erotización, ambivalencia con las figuras parentales y las cualidades proveedoras de los padres, expresado especialmente en el dibujo del caballo. Por último, recurre al rey de la selva *“el león”* para simbolizar las fantasías omnipotentes de poder cuidarse sola y con su fuerza quedar al resguardo de todo peligro. De este modo, la técnica fóbica se manifiesta, colocando lo más deseado y lo más temido allá a lo lejos en la selva.

El recorte del material reseñado nos permite apreciar incipientemente los pilares básicos de nuestro abordaje: la transmisión, repetición y, como fenómeno central, la identificación proyectiva, que guían y se despliegan a lo largo del proceso terapéutico. Su análisis ilustra situaciones traumáticas que impregnan la relación madre-hija expresadas en acting y obsesiones.

En términos de Fairbairn (1966), la relación con la niña presiona el sistema obsesivo puesto en juego en la represión de sus objetos malos y se advierte la lucha que tiene consigo misma para no ser ella un objeto malo para su hija. Cabe señalar que la personalidad y el rol de madre que desempeñaba esta mujer, estaba conformado por un aspecto conflictivo de la identificación negativa con el padre y otro ambivalente agresivo en relación con su propia madre, quien si bien le prodigaba cuidados, lo hacía desde el sometimiento con aquél.

En este contexto, tanto en (G) como en (Ga) la defensa moral se debate entre la dificultad para tolerar la representación de “padres perseguidores” y el atribuirse a sí mismas la maldad. La primera opción las deja solas, sin padres a merced de *“un mundo gobernado por el diablo”*, en cambio la segunda, las lleva cargar ellas mismas con la maldad, en pos de atemperar los aspectos perseguidores del objeto. Así, obtienen una seguridad exterior a costa de la inseguridad interior que deja al Yo en manos de *“una banda quintacolumnista de perseguidores internos”*, contra los que tienen que erigir defensas laboriosamente consolidadas.

Gabrielita por su parte, luchaba contra la depositación de los fantasmas incestuosos maternos, con reducido éxito ya que lo hacía a través de sus síntomas. Si bien esta situación intuitivamente era percibida por la madre, esta sentía que no podía revertirla y que todo fatalmente se cumpliría según sus temores. Fraiberg (1987) considera que son estos fantasmas los que compelen a la repetición del pasado en el presente. Es decir, los conflictos pretéritos -no resueltos- de los

padres interfieren en la relación actual con sus hijos. La autora, señala que la denegación del afecto asociado con el trauma y la identificación de la víctima con el agresor, son las dos modalidades defensivas más utilizadas por los padres que maltratan a sus hijos y que son incapaces de resistir, de oponerse a la necesidad de infligir su propio dolor y las trasgresiones de su infancia sobre su propio hijo. Cabe señalar, que con Gabriela, fue necesario combinar el tratamiento grupal con psicoterapia individual debido a: -la intensa angustia, -alusión a conductas impulsivas y -marcada confusión entre su historia infantil y la identidad de su hija, quien lleva su mismo nombre y apellido.

Consideramos que entender la constitución del psiquismo a la luz de lo transmitido generacionalmente nos aleja de modelos explicativos pulsionales y nos abre nuevos caminos para diseñar e investigar abordajes psicoterapéuticos psicoanalíticos específicos. Así, la interpretación -en el transcurso del abordaje- se centra en el modo relacional, en los qué, cómo y por qué inconcientes se determina la repetición, la resistencia al cambio, el temor a lo desconocido.

En consecuencia, abordar el sufrimiento infantil imbuido en la sintomatología se convierte en una poderosa herramienta para desterrar los fantasmas y modular la compulsión a la repetición en la transmisión transgeneracional. Si los padres pueden recordar y revivir las ansiedades de su infancia (externalizar el objeto malo) las constelaciones persecutorias pierden fuerza y los padres angustiados, pueden llegar a tener un cuidado protector hacia sus hijos, en vez de repetir sus propios conflictos. Esta compulsión en la teoría relacional de Fairbairn (1978) en esencia se debe a que la libido es buscadora de objetos y no de placer, ésta no los puede abandonar y por el contrario, cuando son malos, les rinde pleitesía.

## **Bibliografía**

- Bowlby, J. (1952). *Los cuidados maternos y la salud mental*". Buenos Aires Humanitas.
- Fairbairn R. (1978). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires: Ed Hormé.
- Fraiberg, S (1987). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*,14(3), 387-421.
- Fiorini, H. (2002). *Teoría y técnica de psicoterapias* (ed. revisada y ampliada). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Harsch, C. (1988). Transmisión transgeneracional de un modelo vincular madre-hija .El amor helado en cinco generaciones. *Círculo psicoanalítico mexicano. Versión on-line*

- Main, M. y Goldwyn R. (1998). *Sistema de Clasificación del Vínculo para adultos y Entrevista de apego para adultos*. Trad.M.J.bernini San Sebastian.
- Main, M. (2001). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto. *Rev. Aperturas Psicoanalíticas Hacia Modelos Integradores Rev. de Psicoanálisis*, 8
- Marrone, M. (1992). La teoría del apego y sus aplicaciones a la psicoterapia. *Revista Argentina de Psiquiatría. VERTEX*, 3(9).
- Taborda, A. y Toranzo, E. (2005). Psicoterapia psicoanalítica de padres-hijos. Una modalidad diagnóstica para padres. *Revista de Psicoterapia y Salud Mental del niño y el adolescente*, 6 19-26.

## Capítulo 7

### Un enfoque de psicoterapia psicoanalítica de grupo paralelos de padres e hijos

Alejandra Taborda y Elena Toranzo

---

*“El niño empieza y continúa su vida dentro de grupos. Nace en el seno de uno, la familia, que condiciona definitivamente toda su vida. Su evolución depende en gran parte de las relaciones interpersonales, experiencias y enseñanzas que vive en este primer grupo.”*

*Torras de Beà (1996. p. 98)*

#### Grupo y cambios de paradigmas

Para ir más allá del consultorio individual fue necesario sortear resistencias provenientes de la formación psicoanalítica misma. Su desarrollo implicó una ruptura paradigmática que no fue fácil de asimilar, en la medida en que no se podían transpolar los conceptos del psicoanálisis clásico. Era ineludible dejar atrás el modelo cartesiano explicativo de la ontogénesis de la mente humana, en pos de posicionarnos en un plano donde sujeto y objeto se construyen mutuamente. En otras palabras, dejar atrás toda tentación solipsista que podría sintetizarse como *“solamente yo existo”*. Es decir, la creencia metafísica de que lo único de lo que se puede estar seguro es de la existencia de *“la propia mente”*. Entonces, la realidad que aparentemente la rodea es incognoscible y son solo partes de los estados mentales del yo, en los que los objetos, las personas que se experimentan serían esencialmente emanaciones de la mente individual. Si bien esta concepción abrió las puertas, nada más ni nada menos a la existencia del mundo interno, mostró limitaciones, en tanto y cuanto, este mundo interno se torna insular, cerrado, dividido, *“un mundo dentro de sí mismo”*. Ya Freud al crear la teoría del inconsciente, de la complejidad de la estructuración psíquica y las series complementarias, fue más allá, dándose así un lugar en la reconocida revolución copernicana.

En coexistencia y continuidad con Freud, paulatinamente van adquiriendo relevancia los movimientos filosóficos y psicoanalíticos que ubican la dimensión relacional como epicentro de la organización psíquica. Se avecina un escabroso pasaje de lo individual a lo grupal o, más precisamente, *“de la mente aislada o individuo aislado”, “al ser con otros o la intersubjetividad”* y, nuevos paradigmas paulatinamente se instalan en el convulsionado movimiento psicoanalítico. El giro implica un decaer de la teoría instintivista de la

mente para poner todo el peso en la constitución relacional-grupal del psiquismo, tal como lo han mostrado -luego de que Klein introdujera el concepto de relaciones objetales- desde distintas ópticas: Winnicott (la unidad no es el individuo sino el individuo-ambiente). Balint (los primeros objetos son necesarios como el aire para respirar y vivir). Fairbairn (la libido busca objetos no la descarga). Guntrip (la teoría instintivista es incompatible con la teoría de las relaciones de objeto). Entre otros aportes relevantes. Significativamente Bowlby utiliza las palabras apego, nudos o ataduras que refieren a grupo y designan una pulsión primaria previa a la oral, destinada a mantener una distancia óptima con la madre para que sea accesible. Esta pulsión también se expresa en la necesidad de contacto con los pares y el grupo como sustituto materno. Posteriormente, surgen los aportes de Kohut (el acercamiento íntimo que permite al self la comprensión, se logra mediante la empatía). Malher (su modelo del desarrollo de una necesaria fase de simbiosis normal previa al proceso de separación individuación o segundo nacimiento del infante humano). Bleichmar (la función deseante tiene su génesis e historia en las relaciones con los otros. Las múltiples combinaciones conscientes e inconscientes de la experiencia vivida constituyentes del psiquismo, trascienden la primera infancia, porque los encuentros con otros, en el transcurrir vital, tienen la capacidad de producir nuevas inscripciones y cambios inter, intra y transobjetivos).

Podemos considerar que en este contexto, tienen lugar los aportes de quienes incursionaron, empujados por la segunda guerra mundial, en el campo de los grupos. Entre ellos, citaremos Moreno en EEUU, Foulkes y Bion en Europa, quienes nos legaron el cuerpo teórico y técnico, siempre vigentes, para los abordajes grupales. Torras de Béa (1996) retoma los aportes de estos últimos para aplicarlo a la especificidad del campo de los grupos terapéuticos de padres e hijos, temática sobre la que volveremos mas adelante.

Moreno (1959), fundador del Psicodrama y la Sociometría es uno de los pioneros de la Psicoterapia Grupal, se opone al predominante individualismo del psicoanálisis de su época. Centraliza el desarrollo en el encuentro con el otro y pone en relieve la naturaleza humana grupal, el hombre en acción en su medio natural, en su cultura. En palabras de Pundik (1965) *"Moreno hace incorporar al individuo del diván para invitarlo al escenario del encuentro"*. Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de representación-acción. Reúne dentro de si una rica y profunda *teoría de los roles*, concebida como una pequeña unidad cultural que aparece antes del Yo y del lenguaje, donde asumir el rol encierra y enferma, en cambio desempeñarlos libera. Brinda una visión de la *espontaneidad*, como un aspecto necesario para la salud mental

que no es hereditario ni estrictamente ambiental y que no puede ser descrito por fuera del acto espontáneo mismo. Es así que trasciende la capacidad para responder a una situación nueva y/o de dar una nueva respuesta a una situación vieja. Enriquece la tradicional *teoría de la catarsis* para ir más allá del efecto por excelencia de liberarse “*en un alivio que calma*”. No es la catarsis de Aristóteles ni la de Freud. Es la catarsis de sujetos plenamente concientes, no es por hipnosis o sugestión, es más que la Identificación Proyectiva con personas e implica el retorno a la matriz de identidad primitiva, concepto plenamente rescatado por las teorías psicoanalíticas relacionales en la actualidad. Al decir de Moreno, el hombre se desarrolla en sucesivas matrices que lo contienen: de la matriz cósmica pasa a la genética, la familiar y la social para retornar a la cósmica. Cada una con sus redes vinculares, energéticas, corporales, afectivas o intelectuales da al hombre el continente necesario para el desarrollo de sus roles y sus acciones. La matriz grupal es una red vincular que se establece con la finalidad de contener unos u otros roles en acción. Así la matriz familiar, grupo primario, es dónde se estructuran los roles originarios de un individuo. La matriz social está constituida por múltiples matrices grupales, desde la familiar hasta las institucionales mediatas o inmediatas, que responden a necesidades individuales, de pequeños grupos, de una sociedad o de una cultura. Cada matriz social está en relación directa con: su habitat, su historia, particular, su estructura cultural y sus propias relaciones con otras matrices sociales (Zuretti, 2010).

En un encuentro conceptual con Moreno, pero desde la vertiente de la aplicación del psicoanálisis a los grupos, Foulkes (1972) señala “*Nosotros no podemos hacer una diferenciación aguda convencional entre el adentro y el afuera o entre fantasía o realidad. Lo que está adentro siempre está afuera, lo que está fuera esta dentro también*”. Así, propone un espacio interpersonal primario desde donde pensar los procesos relacionales y de comunicación constitutivo del psiquismo, abierto a la experiencia con otros a lo largo del transcurrir vital. El autor, conceptualiza al grupo como un “todo social”, mayor que la suma de sus partes traducido técnicamente en su visión grupoanalítica y de la Comunidad Terapéutica. El modelo foulkiano se basa en el paradigma biológico-organísmico de la escuela de Frankfurt; es un sistema abierto, holístico, gestáltico. Se define en términos de la información significativa que recibe de las fuerzas psicológicas sociales, en la cual el eje es la *comunicación* y el grupo opera como un instrumento positivo de cambio en la *matriz de interacción*. Según su visión la ventaja del grupo analítico sobre el psicoanálisis individual, es que en el primero la situación terapéutica no se limita al aspecto de la transferencia, sino que además permite la confrontación dinámica en sus relaciones actuales. De esta manera, al incluir lo no transferencial, el modelo sistémico se convierte en uno altamente relacional. En



este sentido el grupo no es regresivo y funciona en el permanente “aquí y ahora” de la comunicación donde radica su potencial terapéutico.

Desde otro lugar, con puntos de coincidencia y divergencia con este paradigma, Bion (1970) enriquece esta visión comprensiva de la naturaleza humana, a partir de priorizar la experiencia emocional y su transformación en pensamiento en el seno de una relación continente-contenido. La emoción es el centro del significado y la mente se desarrolla alimentada por la verdad, en el contexto de las relaciones íntimas. Desde este posicionamiento, aportó a la teoría y técnica psicoanalítica; a la psicopatología; al desarrollo, el crecimiento mental y creó una conceptualización de los grupos en la que se articula equilibradamente las interinfluencias entre mundo interno con realidad externa, temática que nunca abandonó. El interés de Bion por los grupos está presente en distintos lugares de su obra, mostrando tanto una fecundidad continuada como la eficacia de sus teorías. Motiva fuertemente a los expertos en este campo, que van desde la psicoterapia a su aplicación en la comprensión de la vida organizacional con sus conflictos, el cambio institucional y social. Resulta de gran valor su caracterización de los supuestos básicos en términos diádicos, que surgen en la experiencia post-natal como reacciones defensivas frente a las fantasías inconscientes y ansiedades psicóticas relacionadas con la escena primaria. Sus conceptualizaciones sobre la innata tendencia a la grupalidad, como aspectos proto-mentales, ligados a los instintos de supervivencia, guían la comprensión de los procesos de fusión-separación, de algún modo equivalentes a la necesidad de apego y separación, consignada por Bowlby. Por su parte, Bion Tálamo (1998) muestra cómo los estudios de Bion sobre la universal lucha entre la homogeneización y la diferenciación que caracteriza a los procesos grupales, tienen el mismo estatuto que el descubrimiento de la transferencia de Freud y de los trabajos de análisis de niños de Klein.

En la breve reseña realizada podrá intuirse tanto la influencia de las determinaciones que resultan del conjunto de las ciencias humanas como la evolución de la psicología en la ponderación de las relaciones interpersonales al interior de las teorías psicoanalíticas. Es allí que la concepción grupal de la mente y de un psicoanálisis relacional extiende el horizonte para dar por tierra disociaciones o separaciones que responden quizá más a cuestiones ideológicas y/o de poder que han determinado la transmisión psicoanalítica.

Aunque más profundamente, esta complejidad en la que está inmerso el Psicoanálisis y la Psicoterapia de Grupo, esencialmente tiene que ver tanto con la necesidad de la psicología de acercar la mente al cuerpo y a lo social, como con la dificultad para concebir la naturaleza humana de un modo más integrado, alejado del modelo cartesiano con el que por años se produjo ciencia. En síntesis, se podría decir que el problema consistiría en ir evolucionando del “*pienso luego existo*” de Descartes por el “*siento luego existo*” de Abadi (1992) para advenir en “*me relaciono luego existo*” del psicoanálisis objetal-relacional.

## Breve cotejo y confluencias en la teoría y la técnica de grupo

Un punto de coincidencia primordial entre los autores citados es: “*resulta prioritario reconocer que las dificultades técnicas que se presentan en terapia de Grupo se solucionan si se desprende de los métodos individuales*”, señala taxativamente Moreno (1959, p. 14)

En este sentido, para Foulkes (op.cit) lo central es la matriz y trama de comunicación que se gesta en el grupo “*grupo gestalt*” que influye e impregna a sus miembros, constituyéndose en el medio, por excelencia, productor de cambios.

Bion, por su parte, desarrolla una vasta teoría del funcionamiento de grupo, a pesar de ello, en la técnica aún se conservan vestigios de la relación transferencial asimétrica paciente-terapeuta, proveniente del modelo individual. El acento recae en la función del analista respecto del grupo y todo lo que acontece en este es interpretado en relación al terapeuta.

En consecuencia, cabe subrayar que la *transferencia* no se encuentra en el mismo lugar en estos modelos. En este punto, Foulkes se acerca más a Moreno, porque el eje es el encuentro con el otro, en una relación de simetría, en donde el compartir la experiencia emocional es lo que verdaderamente cura. A pesar de ello, la postura de Moreno, es aún más taxativa, por cuanto elimina toda posibilidad de que el terapeuta sea consciente de los procesos transferenciales, dado que participa con su persona toda en el encuentro psicoterapéutico.

Bion y Foulkes coinciden en reconocer cómo el grupo puede contener, recibir, integrar y ayudar a transformar el funcionamiento de cada uno de los miembros: Foulkes mediante el desarrollo de la matriz y Bion en tanto el grupo se constituye en el continente de la infancia. Este último, en su teoría nos muestra como en el grupo existen dos actividades. La primera es racional y consciente; depende de la voluntad de los miembros y de la cooperación entre ellos para la realización de la tarea, denominada Grupo de trabajo (GT). La segunda actividad es irracional e inconsciente, emocionalmente intensa, se origina en forma instantánea e involuntaria, a la que designa Grupo de Supuesto Básico (GSB). Estas dos actividades fluctuantes se contraponen, y más bien la segunda entorpece la primera y están siempre presentes en los movimientos progresivos y regresivos, inmersos en los procesos de construcción-desconstrucción de un grupo. Bion considera a los SB como formaciones secundarias de una escena primaria muy primitiva, elaborada a nivel de los objetos parciales, asociadas con ansiedades psicóticas, en las que están presentes los mecanismos de escisión, introyección e identificación proyectivas.

Por su parte, Foulkes reveló que la teoría del objeto interno presenta limitaciones, por lo que propone comprender el psiquismo a la luz de procesos inconscientes

dinámicamente interactuantes en la comunicación con los otros. A partir de este modelo se busca intervenir en la matriz de interacción teniendo siempre presente cómo el grupo influye en el individuo y viceversa, será la comunicación y solo ella lo que le otorgará significado. La matriz se construye a partir de todos los significados en evolución permanente y conforma un sustrato que impregna a todos y cada uno de los participantes de la experiencia. Por lo tanto, toda intervención dirigida a un sujeto influye y afecta a los demás integrantes del grupo, lo prioritario indudablemente es la comunicación. Según el autor, el trabajo dirigido a la comunicación es paralelo al proceso de análisis. Así, deja claramente sentado que no es un psicoanálisis de individuos en grupo, ni tampoco el tratamiento de un grupo por un psicoanalista. Por el contrario, se trata de una forma de psicoterapia por el grupo y del grupo que incluye a su conductor, de ahí el nombre de psicoterapia grupo-analítica. Foulkes lo define como un método tanto de investigación como de psicoterapia para pequeños grupos y de estudio más amplios del comportamiento humano en sus aspectos sociales. En consecuencia, no es tan terminante como Bion en cuanto al funcionamiento unitario del grupo, le da siempre cabida a explorar las constantes interinfluencias dinámicas individuo-grupo.

Estas concepciones teóricas, que resumidamente hemos expuesto, tienen sus consecuencias en la técnica implementada. Al respecto Toranzo (2008), señala que el marco teórico de psicoterapia de grupo en el ámbito del psicoanálisis es particularmente amplio y discutido. Sin embargo, en términos generales en nuestro enfoque consideramos que se podrían destacar tres ejes fundamentales:

- El reconocimiento de los fenómenos inconscientes propios de un grupo, estudiados por Bion, quien describe su espontáneo movimiento, en base a los supuestos básicos. Ellos determinan una emocionalidad compartida, como defensa del grupo ante las amenazas de una regresión más profunda de fusión y pérdida de identidad. Una terapia grupal adecuadamente eficaz debe poder neutralizar el efecto de los mismos en busca de constituir el “grupo de trabajo”.
- La instrumentación que se realiza de los procesos transferenciales depende de las posibilidades emocionales del terapeuta, de los objetivos que se persiguen, de la capacidad de comprender la multiplicidad de los procesos que acontecen en el grupo y el marco teórico en el que se respalda. Foulkes realiza un inigualable aporte al poner sobre relieve la matriz de comunicación transaccional del grupo a la que denominó “resonancia”. Inmersos en ella los participantes se hacen interpretaciones inconscientes entre sí y con el terapeuta, el cual debe ser sensible, comprensivo y estar preparado para interpretar cuando sea oportuno. Junto con Moreno enfatizan la comunicación y el encuentro como base de la cura.

- El encuadre temporal de un año de duración que implementamos, nos remite al problema del tiempo límite, como una variable de incidencia en el proceso y en la técnica grupal a implementar. Este tema complejo y controversial, se sintetizaría en el logro de una actitud ante el tratamiento “sin tiempo”; en el sentido de operar en la situación “*como si fuera la primera y última vez que nos vemos con el paciente*”. Esta actitud permitiría un estado mental de los que describe Bion “*sin recuerdos ni deseos*” en la búsqueda de un conocimiento genuino, alejado de intelectualizaciones que promuevan cambios. De allí que el tiempo como factor externo no debería ser necesariamente tomado como proceso.

### **Psicoterapia de grupos paralelos de padres e hijos.**

#### **Un encuentro con Torras de Beà**

La autora, nuestra principal mentora -situada en una posición intermedia entre Bion y Foulkes- describe con precisión el encuadre, los fenómenos específicos que acontecen en el funcionamiento de los grupos paralelos y sus potencialidades terapéuticas. En relación a esta temática nos dice:

*“Con los grupos terapéuticos como con otras modalidades terapéuticas de base relacional, buscamos mejorar la comunicación. Los grupos de hecho son una experiencia social de comunicación e interacción a través del intercambio verbal y de actividades, en las que los participantes pueden aprender a escucharse mutuamente. El objetivo es modificar las relaciones interpersonales regresivas, mejorar la capacidad de compartir y aprender uno del otro, y de esta forma desencallar y promover la evolución”.*

Y continúa:

*“Se ha dicho -y yo misma había pensado así- que el tratamiento en grupo se centra en la dinámica y estados emocionales que los participantes comparten y se ajusta menos que el tratamiento individual a la problemática de cada uno de sus miembros. La realidad es que el grupo, por sus características específicas que configuran una oferta cualitativa diferente, atiende a la problemática de cada miembro en forma distinta a como lo hace el abordaje individual”.*

Nuestro equipo de trabajo se abocó a adaptar e investigar esta modalidad de intervenciones con padres e hijos para instrumentarla en el tratamiento de las problemáticas clínicas subsumidas bajo el controvertido diagnóstico de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad. Motivo de consulta, que frecuentemente acompañan las derivaciones proveniente del ámbito escolar, al Centro de Servicios de la Universidad Nacional de San Luis que brinda asistencia pública-gratuita a una población no

mutualizada de bajos recursos económicos.

En cuanto al setting, cabe recordar que estos grupos funcionan, cada uno con sus propios coordinadores, temporal e institucionalmente en forma simultánea, con una frecuencia semanal de una hora treinta minutos y tienen un año de duración. La recomendación de psicoterapia grupal de padres, se concatena con disímiles indicaciones para el tratamiento del niño, según los criterios de indicación-contraindicación. Los mismos son puntualizados en el Capítulo 4 y desarrollados en el tópico *Complejidad del diagnóstico y sus enlaces con las vicisitudes de la recomendación terapéutica* del Capítulo 5.

Ambos grupos terapéuticos se constituyen en soportes mutuos, dado que los miembros de la relación (padre-hijo) establecen una situación de complementariedad: si uno se modifica, influye en el otro a partir del interjuego de las identificaciones e identificaciones proyectivas. Consideramos que esta complementariedad potencia los efectos terapéuticos de la intervención.

De este modo, con este encuadre nos situamos en el centro mismo del desarrollo y abarcamos la asistencia en términos de:

- focalizar el tratamiento en las vivencias y funcionamiento psíquicos que surgen frente a la parentalidad. Abrir un espacio para contener la elaboración de problemáticas que emergen en la relación con sus hijos como producto de conflictos y/o carencias vividas por los padres en su infancia. En otras palabras, promover una transmisión generacional menos traumática.
- simultáneamente abocarnos a la atención de la conflictiva que presenta el niño, desentrañando cómo se fueron construyendo los síntomas en los entramados identificatorios de las relaciones intersubjetivas con sus padres y figuras significativas.

En coherencia con este posicionamiento clínico, *intersubjetividad*, *transmisión*, *identificación proyectiva* y *parentalidad* son pilares conceptuales ineludibles en nuestro enfoque.

Puede vislumbrarse, a partir de las referencias realizadas, que la intersubjetividad implica premisas ontológicas diferentes y refieren un modelo de la existencia humana, incompatible con una teoría psicológica que comience con el individuo. Hasta ahora se ha presentado una insoslayable discordancia entre los que postulan un espacio privado individual y los que priorizan la dimensión intersubjetiva. Este concepto fue tratado por innumerables filósofos a lo largo de diferentes épocas, pero en este último tiempo adquiere primacía, y se la ubica como una condición básica de la existencia, que a su

vez, convive en puja con la tendencia a la simplificación o liquidez de la sociedad actual, sobre aquella. Merleau Ponty, Heidegger, Brentano, Husserl podrían ser algunos de los representantes de la escuela fenomenológica que acuñan el término intersubjetividad, mientras que en nuestra disciplina lo hacen Storolow, Atwood y Ross (Nemirovsky, 2007).

En una primera aproximación muy genérica se habla de intersubjetividad primaria para referirse a las interacciones en las que está involucrado el bebé, para distinguirlas de aquellas secundarias en las que se tiene conciencia de ser un sujeto capaz de estar empáticamente en el mundo con otros, la segunda no ocurre sin la primera.

Intersubjetividad implica concebir un sujeto abierto a su historia, a su presente y a su futuro viviendo en la paradoja planteada por la ecuación repetición-novedad; por lo que la subjetividad se constituye en un devenir, no es sólo repetición, redición, señala Nemirovsky (2007).

Desde nuestra perspectiva, consideramos que la intersubjetividad en un grupo se da en un plano concreto, en el aquí y ahora, no en el “como si”, de allí su especial potencial terapéutico.

Enlazada conceptualmente, con esta visión, la *transmisión psíquica* remite prioritariamente a un aspecto inconsciente de las relaciones entre los humanos que lleva a encontrar una suerte de continuidad de una generación a otra. Esta compleja transmisión dependerá de los trayectos identificatorios, de los mecanismos de imitación y de las impregnaciones imprevistas en las cuales se conjugan ideales, imperativos superyoicos, mandatos sociales o valores signados por la pertenencia a diversos grupos. La misma se encuentra involucrada en la repetición y las ineludibles conjunciones de transformaciones-deformaciones imprevisibles. De allí que resulta complejo detectar los efectos de la transmisión a larga distancia de acontecimientos traumáticos vividos por uno o varios miembros de una familia. A pesar de ello, o más precisamente por ello, desde nuestra óptica, es necesario dilucidar de dónde proviene lo transmitido para una mejor evolución del conflicto relacional, implicado en el síntoma del niño. Kohut (1971) señala que las desavenencias entre los padres crean terribles miedos, pero peor es aún el sufrimiento que proviene de la sutil ausencia de éstos, de sus personalidades vacías o de sus encubiertas psicosis. La concepción del trauma tiene una perspectiva extensa en un enfoque relacional, ya que estos se originan en tempranas y fallidas interacciones de la diada madre-bebé y su entorno contenedor -que provocan discontinuidad en la línea de desarrollo dirá Winnicott o

traumas acumulativos dirán otros-, que van más allá del tradicional trauma de la escena primaria.

Cuando se trata de acontecimientos traumáticos se produce un fenómeno similar a la “*transmisión radiactiva*”, señala Gampel (2006), mediante la cual se crean configuraciones de elementos dispersos. Allí la tarea terapéutica consistirá en realizar nuevos conjuntos más funcionales u operativos a la dinámica de la personalidad y de las relaciones con los hijos.

El abordaje multifocal implementado pretende, desde la instancia diagnóstica, estimular esta reorganización mediante la exploración del potencial traumático vigente en la conflictiva parental y transmisión transgeneracional, para continuar el trabajo de profundización en el curso del tratamiento de grupo, en pos de su elaboración.

Tanto la intersubjetividad como la transmisión transgeneracional, en su esencia, se valen de la *identificación proyectiva* como fenómeno psíquico para su expresión o manifestación. Su importancia, reconocida por diversas corrientes psicoanalíticas, radica en que es necesaria, en sus aspectos sanos y enfermos, para la formación de Objetos internos. Se trata de un rico y complejo proceso mental mediante el cual el sí mismo experimenta la fantasía inconsciente de colocarse o colocar aspectos propios en un objeto con fines de indagación o defensa (Grotstein, 1981). Opera de manera concomitante a los fenómenos esquizoides, en el sentido que la escisión hace a la diferenciación dentro y fuera del psiquismo, mientras que en oposición, la identificación proyectiva, es necesaria para la generalización que promueve la reunión de distintos contenidos. Es un mecanismo específicamente relacional, necesita de un objeto continente, es decir, nunca opera en el vacío y está estrechamente vinculado a la dos ansiedades básicas con las que lidia el ser humano: temor a quedar perdido en la separación versus temor a quedar atrapado. Toda tarea analítica implica en palabras de Paz (2012) “*conocer la vida secreta de la identificaciones proyectivas*”.

Otra temática involucrada en el abordaje propuesto es la *parentalidad* en sus diversas modalidades (monoparentalidad, parentalidad adoptiva, abuelo parentalidad, pluriparentalidad u homo parentalidad) que refieren a la condición de padre/madre, así como al desempeño del rol que implica, como un concepto entre tantos. La parentalidad es un proceso de desarrollo vital que comienza aún antes del embarazo, con las expectativas previas de la madre y/o del padre futuros, los procesos dinámicos actuantes en esta -quizá la más universal de las condiciones humanas- lleva a incorporar como premisa la reciprocidad del dar y el tomar en todos los niveles de las relaciones interpersonales.

Avanzados e innumerables investigaciones de distintas líneas teóricas y campos disciplinares (antropología, sociología, políticas sociales) en las que se destacan los estudios sobre el apego, han descritos diversas modalidades de cuidados parentales que se extienden desde los reforzamientos coercitivos y castigos excesivamente duros a actitudes positivas y activas que actúan como factor de protección. Si bien las diferentes investigaciones no han podido determinar el peso psicopatológico de estos factores, ni han logrado una metodología consensuada para su estudio, reconocen la necesidad de desarrollar nuevos modelos psicoterapéuticos en un abordaje como el que aquí proponemos.

Intersubjetividad, transmisión, identificación proyectiva y parentalidad cuatro complejos fenómenos psicológicos brevemente descritos, dan cuenta de que es necesario ir más allá de la tendencia a limitar el alcance del término “relacional” a la dimensión bipersonal para incluir la complejidad de lo interpersonal, el mundo natural y cultural, en la constitución subjetiva.

La intervención de grupo propuesta, a través del intercambio verbal emocional empático entre los participantes, busca promover la paulatina separación del pasado conjuntamente con el reconocimiento de los demás. Precisamente de la empatía entre los integrantes del grupo, incluido el terapeuta, surgen complejos procesos de identificación, en los que se reproducen los necesarios pasajes de fusión-separación. Ese espacio de intercambio, signado por el descubrir las “coincidencias”, aquello compartido, “ilusoriamente igual”, semejante entre dos o más personas, paulatinamente proveerá el primordial sentimiento de compañía. Intercambios en la que nacen vivencias relacionales de comunicación que disminuyen el aislamiento ligado a vivencias de “anormalidad” y con ello facilita la elaboración de los sentimientos de soledad y culpa. Ese lugar común que aproxima, acompaña y constituye el sustrato necesario para la diferenciación personal.

Agruparse significa un verdadero intercambio, como un compuesto químico que, al conjugarse con otro, tiene una reacción en la que el nuevo compuesto es irreversiblemente diferente al anterior, es decir el sujeto tiene una nueva experiencia de modificación (Fontana, 1971). Esta situación en la que somos modificados desde el nacimiento por el continuo intercambio con los otros, refiere al periodo de simbiosis normal y se reproduce en el grupo, en diferentes grados. Sin embargo, por la intensidad de la emocionalidad en el seno del grupo se suelen generar temores de fusión que conllevan a la estructuración de defensas para regular dichos intercambios y procesos de identificación. De este modo, con distancias y acercamientos, las identificaciones constitutivas del lugar común, participan en los procesos de deconstrucción y reconstrucción de la identidad.



En la conjunción de nuestra experiencia asistencial con la investigación clínica y empírica, hemos corroborado que los grupos terapéuticos, se abocan especialmente a la construcción de este espacio común al que se puede retornar como refugio ante movimientos progresivos y/o intensas movilizaciones. El grupo se constituye como un continente que da lugar al despliegue -con sus propias cualidades en niños y adultos- de los elementos primordiales constitutivos del psiquismo, que acompañan el proceso de separación.

Por la relevancia que le otorgamos al fenómeno de fusión-diferenciación, al que nos estamos refiriendo, nos detenemos para ejemplificarlo. Un grupo de cuatro niños, en el primer periodo de tratamiento, comenzaban sus sesiones con un juego de naipes que denominaron "chancho va" (armaban un mazo con dieciséis cartas del uno al cuatro, en sus diferentes palos). Cada integrante recibía cuatro cartas que tenían que intercambiar con sus compañeros hasta conseguir -frecuentemente todos a la vez- las cuatro iguales. A través de esta escena lúdica reiterativa, especialmente resguardada por reglas específicas, procuraban verificar qué estaba cada uno dispuesto a aportar, de qué necesitaba desprenderse para recibir del otro, qué tenía en común, qué de diferentes y cuál sería su patrimonio privado-diferenciado, representado por las reunión de las cuatro cartas iguales. En otras palabras, cada uno ha tenido que despojarse para recibir de los otros lo que se necesita y, de este modo, completar el juego-completarse. Esta actividad lúdica continuaba, con la división en parejas de varones y niñas, para a modo de espejo desarrollar juegos imitativos de diferentes gestos (sacar la lengua, correr con los dedos las ojeras hacia abajo, doblar las orejas). Luego de estos reaseguros y medición de parecidos y diferencias, resguardados por la presencia de los terapeutas que modulan el potencial agresivo, podían compartir verbal y lúdicamente algunas de sus preocupaciones, dividirse en subgrupos para luego volver a reunirse. Una vez que el grupo se constituyó, estos juegos perdieron el carácter reiterativo y solo reaparecía cuando surgían nuevas movilizaciones.

En el grupo paralelo de padres, la temática reiterativa de diferenciación con la que se procuraba hacer un compás para recomponerse, luego de intenso intercambio grupal -con fuertes y por momentos adhesivas identificaciones en álgidas problemáticas- emergía a través de conversaciones en torno al lugar de pertenencia que tuvieron en la infancia: la ciudad, el campo, el país de donde provenían. Aludían a un espacio y tiempo "allá" en la medida que se construía en el "aquí-ahora"; en una suerte de revisión y recomposición de la identidad para poder continuar con el intercambio grupal. En el mismo sentido se perfilan los roles que cada madre va ocupando en el grupo, ya desde el inicio, aparece la figura de "la peor madre" para paulatinamente encontrarnos con "la madre perfecta", surge "la madre desastre", "la

*buena y tranquila*” en interjuego con *“la madre grupo”* que se va construyendo, conteniendo y tolerando al conjunto.

Destacamos la importancia de que el terapeuta se conecte emocionalmente con estos procesos de identificación, acercamiento y retracción para dejarlos fluir a modo de un necesario vaivén del trabajo grupal.

En este sentido, los grupos paralelos ofrecen una amplia diversidad de imágenes que permiten trascender la estructura individual y/o familiar cerrada en sí misma. Brinda un modelo exogámico donde cada integrante del grupo puede proveer nuevos aportes, y modelos vinculares que transforman las estructuras personales, estimulan la integración de nuevos puntos de vista y, -en la medida que se toleren las diferencias-, promueve la elaboración de identificaciones primitivas, que tallan la transmisión transgeneracional.

A nuestro entender, una de las fortalezas de las características exogámicas de este diseño terapéutico es el modo en que se cuida la relación asimétrica entre padres e hijos, al proveer dos espacios diferenciados (el grupo de padres y el grupo de hijo) y simultáneamente complementarios. De este modo, los estados regresivos y necesidades de dependencia infantil de los padres pueden ser estimulados, contenidos y trabajados sin interferir en la imagen de fortaleza que necesitan tener los hijos para poder crecer.

Asimismo, al compás de los procesos de identificación, el grupo -cual una composición musical- ofrece posibilidades específicas de expresión y de captación de la realidad interna que le son propias. Foulkes (1981) recurre a la palabra “resonancia” para explicar la comunicación y transacción en el grupo como un estado emocional que consideramos equivalente a la música en cuanto a su capacidad para mesmerizar, emocionar, excitar, apaciguar, es decir a su capacidad para transmitir emociones, estéticas, historias y culturas, señala el compositor y psicoanalista relacional Ghent (2002).

Es así que, tal como señala Torras de Beà (1996), cuando el grupo funciona introspectivamente sus integrantes expresan con palabras o simbólicamente (juego, dibujos) sus sentimientos y reacciones, de manera similar a como lo harían en un tratamiento individual. Pero cuando funciona en forma proyectiva los sentimientos, las relaciones de objeto, se externalizan, escenifican y actúan en el tejido de relaciones interpersonales, según la modalidad particular de relación objetal, en la que las rivalidades, celos, envidias, dependencias, seducción, sometimiento, tendencias sádicas, inhibiciones, etc. pueden ser observadas con tanta claridad y concreción que no deja lugar a dudas. Cada integrante tiene la posibilidad de conocer algo más de sí mismo y de los otros, a partir de las imágenes que, de diversas maneras, devuelven los

compañeros y el terapeuta. Así, tienen la oportunidad de comprender cómo fue incorporando el mundo externo, qué partes conserva a modo de identificaciones adhesivas y la reorganización que se produce a partir del intercambio entre los integrantes del grupo, en esta nueva red vincular.

En otras palabras, el hecho de que todo suceda ante cada uno de los miembros y en presencia del terapeuta tiene un valor específico dada la fuerza que cobra el sentido de realidad que aporta el convalidar la propia percepción en combinación con la de los otros. En el compartir grupal, cada uno de los integrantes aporta elementos terapéuticos a los demás y cada uno recibe del conjunto. Cada participante hace su propio proceso, evoluciona y mejora según el interjuego de sus capacidades con las que desarrolla en el grupo.

### **Bibliografía**

- Atwood G. y Storolow R. (1992). *Structures e intersubjetivity: Exploration in Psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.
- Bion, W. (1972). *Experiencias en Grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1952). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires: Humanita
- Fontana, A. (1971). *Psicoanálisis y Cambio*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Foulkes, S. (1986). *Psicoterapia de Grupo-Análisis. Métodos y principios*. Gedisa
- Fairbairn, W.R. (1966). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Gampel, Y. (2006). *Esos padres que viven a través de mí. La violencia de estado y sus secuela*. Buenos Aires: Paidós.
- Ghent, E. (2002). *Relations: Introduction to the First*. IARPP conference [Online electronic periodical]. Retrieved from <http://iarpp.net/resources/enews/enews1.pdf>
- Grotstein, J. (1986). *La identificación proyectiva y escisión*. Buenos Aires: Gedisa
- Kohut, H. (1971). *El análisis del self*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Moreno, J. L (1959). *Psicoterapia y Psicodrama. Introducción a la teoría y a la praxis*. México: Editorial Fondo de cultura económica.
- Menzies, E.P.I. (1974). *A Personal Review of Group Experiences*. Comunicación presentada en Centre for Applied Social Research, Tavistock Institute of Humans Relations. Londres.

- Merea, C. (1994). *La extensión del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Nemirovsky, C. (2007). *Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Paz, R. (2010). *Cuestiones disputadas en la teoría y la clínica psicoanalítica*. Editorial Biebel
- Pundik (1965). *Moreno: pensamiento y obra del creador de la Psicoterapia de Grupo, el Psicodrama y la sociometría*". Edición del autor. Buenos Aires. Editorial Garamond. SCA.
- Taborda, A., Toranzo, E., Ross, T., Mergenthaler, E., y Fontao, M. (2011). Gruppenprozesse in einer fokaltetapie mit müttern: eine pilotstudie über den psychodynamischen ansatz-zu. *Gruppen Psychotherapie und Gruppendynamik*. (47) 38-52.
- Toranzo, E., et. Al. (2008). Un abordaje relacional en un ámbito institucional Grupos psicoterapéuticos de padres e hijos. *Revista Electrónica Topia*.
- Torras De Beà, E. (1996) *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós
- Zuretti, M. (2010) *Matriz, grupo e inserción sociométrica Psicodrama en la universidad*. Buenos Aires : Criseli . *Internet*. ISBN 978-987-25753-0-4



## Capítulo 8

### Al interior del grupo de padres

Alejandra Taborda y Elena Toranzo

---

*“Un padre inventa y crea un hijo, y un hijo inventa y crea a un padre, como acontecimiento mismo de la filiación...los padres heredan de sus hijos esta posibilidad eminentemente simbólica donde ejercerán su amor paternal”.*

*Levín (2003, p. 37).*

En concordancia con lo que hemos expuesto hasta aquí, los grupos de padres, focalizados en la problemática relacional paterno-filial, tienen como objetivos centrales: 1) Explorar y promover el contacto emocional con los aspectos intersubjetivos subsumidos en la sintomatología que presenta el niño e 2) Intervenir en los focos conflictivos de la relación con el hijo. Definimos foco como una organización compleja pero eminentemente empírica que se construye en el aquí-ahora con el paciente, en donde se establece el punto nodal o eje de la problemática. Operativamente el mismo puede aparecer más o menos explícitamente condensado en el motivo de consulta y en sus diversos momentos de expresión a lo largo del tratamiento.

En nuestra experiencia, el trabajo grupal focalizado en el rol parental configura un setting apropiado para la realización de dichos propósitos. Favorece -a partir de experimentar vivencias relacionales de comunicación positiva- la expresión y elaboración de sentimientos persecutorios, ligados a experiencias frustrantes constitutivas del objeto malo que no pudieron ser lo suficientemente transformadas.

Cabe recordar que las intervenciones del terapeuta, en el grupo de padres se orientan según el denominado continuo interpretativo que abarca: 1- *Preguntas*, destinadas a ampliar la información de lo que se relata o muestra. 2- *Reflejo*, el terapeuta hace de espejo o traductor del material pre-verbales. 3- *Señalamientos*, procuran estimular el desarrollo de una nueva manera de percibir la experiencia y llamar la atención sobre los componentes significativos de la misma. Sientan las bases para la comprensión que coadyuva al desarrollo de la capacidad de insight. 4- *Clarificación*, reformulaciones del relato para despejar y recortar los elementos significativos. 5- *Confirmaciones y rectificaciones*, las primeras tienden a contribuir a la

confianza del paciente en sí mismo. Las segundas buscan poner en relieve los escotomas del discurso por el estrechamiento de la conciencia. 6- *Confrontación*, apoyados en la narrativa, más que en la transferencia, se intenta llegar hasta lo implícito inconsciente. 7- *Interpretación*, verbalizaciones de los contenidos inconscientes en términos de defensa y resistencias actualizadas en la transferencia con el terapeuta (Fiorini, 2002). Además, se incluyen un conjunto de intervenciones, guiadas por el sentido común, que resultan necesarias en determinados momentos, entre ellas proveer y reiterar explicitaciones del contrato, información, sugerencias y consejos. Se implementan en una combinación infinita e irrepetible, según las características personales de los integrantes, del grupo como todo, de sus momentos y dinámica. En síntesis, están implicadas la modalidad y experiencia del terapeuta en conjunción con la multiplicidad de fenómenos transferenciales y no transferenciales que acontecen en el transcurrir del tratamiento.

A continuación, presentaremos a las participantes de un grupo terapéutico de padres, a través de una síntesis del material recogido en diferentes instancias del proceso.

El grupo del que nos ocuparemos es semicerrado y de un año de duración. Inicialmente se integró por seis madres, de las cuales asistieron cuatro de un modo estable hasta la finalización del tratamiento (María, Beatriz, Gabriela, Inés)<sup>8</sup> Las dos restantes, quienes comparten la problemática del secreto sobre la paternidad del hijo, lo hicieron de un modo irregular (Luisa y Carmen). En ambos casos, tal como se especificó en los capítulos 4 y 5, el tratamiento comenzó con la inclusión de las madres en el grupo y los niños -una vez informados por sus padres de esta realidad- recibieron, en primer término, psicoterapia individual.

**María (M.) argentina, 36 años, casada, 6 hijos.** Quien les resultará conocida porque ya nos referimos a ella en el capítulo 6. Consulta porque su hijo de ocho años, a quien llamaremos Carlos (C) había sido excluido del grado común e incorporado en la sección especial de nivelación por reiteradas dificultades de aprendizaje. Además, en la escuela extraía sin permiso las pertenencias de sus compañeros, en ocasiones se arrancaba el pelo y estuvo medicado, por el lapso aproximado de un año por Déficit Atencional, tratamiento farmacológico que había abandonado en forma previa a la consulta psicológica. (M) cuenta que tiene ocho hijos y en su relato se puede observar cómo está pérdida entre ellos y su marido que era alcohólico. Refiere también que en otra ocasión asistió a un grupo religioso que les hizo muy bien y ayudó a su esposo a

---

<sup>8</sup> Los nombres de las pacientes fueron anonimizados y el material clínico cuenta con el consentimiento para su publicación.

dejar de consumir alcohol. El recuerdo de este grupo se mantenía aún muy presente, tanto es así que con frecuencia en el grupo de padres saludaba con una oración. Recordemos, que era llamativa su fragilidad, muy menuda y delgada, desaliñada en su peinado, con una palidez asociable a falta de alimentación, acompañada de un lenguaje pobre, monótono, en cierto grado confuso, reducido contacto visual que traducía timidez. En otros momentos, el discurso se tornaba verborágico, costaba seguirle el hilo y determinar secuencias temporales. En la transferencia positiva se reunía el interés por colaborar con el tratamiento del niño, conjuntamente con su propia necesidad de dependencia.

**Beatriz (B) chilena, 35 años, casada, 3 hijos.** Refiere que su hijo de ocho años, al que llamaremos Adrián (A) ha tenido diferentes tratamientos, desde los cuatro años lo llevaron de un lugar a otro, al neurólogo, fonoaudiólogo, psicopedagoga, nunca se dejaron estar. Relata que *“(A) empezó con no poder hablar a los dos años...él es muy bueno, excelente, ordenado, muy tímido, callado y muy distinto a sus hermanos. Veo ahora, como el hermano pequeño me dice de todo, sin ningún problema, este chiquito es muy argentino. La niña es igual, muy conversadora...en cambio a Adriancito le costó mucho todo”...Desde siempre estuvo con fonoaudióloga y en tratamiento psicofarmacológico por Déficit Atencional... He tenido también problemas con las maestras a raíz de que no me ayudaban con el tema. Me costó aceptar que él tenía problemas... me costó muchísimo aceptarlo, yo antes a mí me hablaban de (A) y lloraba, hoy en día no...mi marido es muy bueno le tiene paciencia, el trabaja mucho pero se hace tiempo para estar con los niños... Vivimos mucho tiempo en el fondo de la casa de su madre pero ahora iremos casa propia... Nos costó acostumbrarnos a Argentina, tuvimos que exiliarnos cuando estaba embarazada por problemas políticos y para colmo cuando (A) tenía dos años murió mi padre”* Se presenta como una persona que no le gusta mucho hablar y en las distintas instancias del abordaje, se la observa tensa, la piel de la cara enrojecida, rígida, parece a punto de explotar y, a la vez, excesivamente controlada.

**Gabriela (G), argentina, 27 años, casada, 4 hijos.** A quien también nos referimos en el capítulo 6, presenta a su hija de 7 años Gabrielita (Ga) como un desastre, terrible, resulta difícil de manejar. Refiere *“no tuve dificultades con ella hasta los dos años, cuando estábamos las dos solas, pero ahora es inmanejable y me enfrenta...no tiene problemas para aprender en la escuela, como hace todo rápido, termina antes y se dedica a molestar pellizcar, tirar el pelo o charlar... Es demasiado despierta, es una avispa y es difícil de seguirle el ritmo cuando yo voy, ella ya está de vuelta...tengo que estar muy atenta, vive preguntando cosas que a veces no sé cómo responderle.”* Cuenta que tiene tres hijos más, muy seguidos, y por ahí eso también influye en que no



tenga paciencia, en cambio antes se dedicaba sólo a Gabrielita. Su madre le ayuda a veces a cuidarlos, especialmente cuando ella hace changas vendiendo leña que traen del campo, porque su esposo es un poco “quedado”. Refiere que no es hija de su marido y le dijo la verdad muy bruta cuando la nena tenía dos años. Relata que no le pierde pisada, le exige que haga todo bien y pierde la paciencia, no se puede controlar y esto no la deja dormir tranquila porque llega a pegarle. Su *modo* de presentar y actuar con la niña, tanto en la Entrevista para padres como en la etapa inicial del grupo, impactaba de manera tal que, con frecuencia, despertaba rechazo y simultáneamente la ubicaba en el centro de atención. Su preocupación por las dificultades para controlarse, que la colocaba en el lugar de “*madre mala*” dentro del grupo, promovió el trabajo activo de problemáticas referidas a los derechos y obligaciones en el marco de las relaciones asimétricas, los diversos modos de establecer pautas y la repetición de modelos familiares.

**Ines (I) argentina, 33 años, concubina, 3 hijos**, madre de Patricia (Pa) de 8 años de edad. Dice *“no sé qué hacer... (Pa) va mal en la escuela...no junta las palabras, quiere ir a donde está el padre yo estoy separada hace bastante tiempo... él era un tipo que me golpeaba mucho... tomaba mucho.....también se drogaba, sin embargo se quiere ir con él, no acepta la situación. Yo por ahí voy a la casa de mi suegra, porque él vive con mi suegra y estoy ahí y mi hija cree que me voy a “abuenar”, cuando llega el momento que me voy a ir a mi casa se transforma... yo la traje a la psicóloga el año pasado; pero no me puedo acordar como se llamaba la señorita que la atendía...Yo no permito que mi pareja la rete ni la mande...por ahí no es el problema. Ya le he dicho ‘yo volver con tu papá no voy a volver’...tengo, dos hijos más... tres hijos mas ...tengo una hija de diecisiete ...ya soy abuela también de dos por falta de uno... y tengo un hijo de diez ...y un bebé de dos años, todos son de distintos padres. La mando a hacer los deberes que le dan para la casa... y así yo la ponga en penitencia o le pegue... yo soy de pegarles...no soy mucho de hablarles... eh... no los va a hacer, pero si yo le digo ‘andáte en la bicicleta hasta la casa de tu papá’ los hace y sale corriendo’... Ahora creo que estoy de nuevo embarazada.* Es una madre que impresiona como fuerte y con experiencia de vida riesgosa, impulsiva, que viene a descargarse, genera un poco de desconfianza en el resto de las madres y dudas sobre la continuidad dentro del grupo.

**Luisa (L) argentina, 33 años, casada, 2 hijos**, madre de Juan (J) de ocho años. Expresa: *“no aprende, va por tercera vez a primer grado, no adelanta y ahora se ha puesto agresivo... antes le quitaba el autito a lo mejor la hermana y no le hacía nada, ahora le quita el autito la zamarrea y hasta la agarra del cuello, antes nunca lo había hecho a eso... En la escuela un día trabaja y otro no. A veces cuando lo retan en la escuela se va al patio y se sube a un árbol para que nadie lo moleste...el problema es*

que no nos animamos a contarle que mi marido no es el padre... para mi ver él no ha sido un mal padre ...(J) lo que ha querido...él le ha comprado, lo ha llevado, lo ha sacado, lo ha llevado a pasear...no tanto pero...han salido, se van solos... siempre tratamos los dos de decírselo, pero como veíamos este problema que él anda mal en la escuela y todo eso, decíamos 'y si se lo decimos y se atrasa más o lo perjudica más en la escuela' así que: por eso teníamos también ese temor de decírselo y que le perjudicara mucho la escuela... o se pusiera agresivo... qué sé yo, uno piensa... yo pienso... pensaba de todas formas siempre lo malo no lo bueno... antes le pegaban, lo pateaban, le tiraban los pelos, le tiraban los útiles y él callado iba y los levantaba o iba y se quedaba en un rincón llorando...y ahora es como que él se ha despertado...El vivió con mis padres en Mendoza hasta hace tres años y siempre quiere quedarse con ellos... extraña mucho a sus abuelos. En sus intervenciones grupales impresiona como una madre tranquila, que a todo trata de darle una solución pacífica.

**Carmen (C) argentina, 34 años, casada, 2 hijos,** Madre de Nicolás (N). Ha sido derivada, al grupo de padres, por la psicóloga de la institución para que puedan ayudarla a cómo decirle a su hijo quién es su verdadero padre, por lo cual el niño no es atendido hasta que los padres no resuelvan esta situación. Si bien están de acuerdo con el marido en decirle a (N) la verdad, no saben cuándo ni cómo. (C) refiere "no me habla...se está poniendo difícil de manejar...Pensamos decirle lo del padre después que vuelva de las vacaciones... no sabemos cómo lo va a tomar... muchas veces lo he frenado a mi marido porque es como que él ha tenido ganas de hablarle solo eh... de contarle solo, entonces le digo no tenemos que estar los tres y se supone que tengo que ser yo la que tiene que contarle como han ido sucediendo las cosas...más de una vez el niño hace cosas malas...y yo se las he dicho obviamente...pero más de una vez hemos tenido discusiones porque también a veces le ha pegado. Otro problema familiar es que tengo mi suegro que vive con nosotros y bueno la educación que él ha recibido no es la misma que reciben los chicos ahora, entonces para mí es un problema eso...porque si yo por ejemplo digo 'no, esto es así' él dice 'no, a mí me parece que es así' y entonces bueno...para no pelear con él y no tener discusiones le digo bueno lo vamos a hacer por el momento así... para mí es como un peso que esté con nosotros porque no podemos tomar nuestras propias decisiones...siempre tenemos una agarrada por algo... por otra parte mi madre me aconseja que hablemos pronto con (N)...porque a ella le dijeron ya grande que era hija de su hermana...fue algo terrible para ella , por eso insiste en que es mejor que lo hagamos cuanto antes". En la transferencia impresiona como alguien muy tensa, ansiosa y presionada, con muchas cosas de las cuales descargarse.

## Estudio clínico del grupo de padres y la problemática de la diferenciación

En la interioridad del grupo y para apreciar su rica dinámica a la luz de los conceptos psicoanalíticos que guían nuestro abordaje, centramos el análisis en los complejos fenómenos de la transferencia, la identificación proyectiva y la empatía en sentido amplio. Para ordenar la inmensidad de material clínico, formulamos las siguientes categorías cualitativas: -capacidad para focalizar, -temáticas, -clima emocional, -interacción, -comunicación e -intervenciones del terapeuta. Asimismo, es indudable que nuestros estudios de macro y micro proceso realizado con métodos empíricos, ejercerán cierta influencia en este análisis (Taborda, Toranzo y otros, 2008, 2009, 2010 y 2011).

Se trabaja en el marco de las transcripciones verbatim de once sesiones del primer corte del tratamiento (las tres primeras y la primera y última de cada mes, numeradas correlativamente a efectos del muestreo). Consideramos pertinente dividir el proceso en tres fases y tomar los aspectos más representativos de cada una: **inicial** correspondiente a las primeras cuatro, **media** (5, 6, 7) y **final** (8, 9, 10, 11).

En una apreciación global de las sesiones se puede distinguir claramente tres etapas en la evolución del grupo en cuanto a su capacidad para ir profundizando en la problemática por la cual consultan. Cabe recordar que se trata de una psicoterapia grupal focalizada, donde Foco se define como la capacidad del grupo de referir verbalmente conflictos interpersonales ligados con el rol parental, conectarlos con el origen y el mantenimiento de la sintomatología del niño.

En la **fase inicial** consideramos que el grupo no puede ocuparse del conflicto relacional dado que está abocado a construirse a sí mismo. Las pacientes, en un clima de cierta tensión e incertidumbre, se van conociendo, se observan, con curiosidad y desconfianza. El foco todavía es indefinido, se presentan y describen diferentes temáticas sin profundizar ninguna. Si bien en **la primera sesión** el foco aparece medianamente definido, esto se debe a que el contenido de la misma es relativamente estructurado: presentación de los miembros del grupo y su motivo de consulta por parte de los pacientes, presentación del encuadre de trabajo y objetivo del abordaje por parte de la terapeuta. La siguiente viñeta ejemplifica cómo se establecieron algunos incipientes enlaces entre el síntoma y la problemática relacional, en un nivel racional acorde con el momento grupal. La terapeuta, en sintonía, sólo subraya elementos del discurso que pueden paulatinamente llevar al plano de la comprensión del significado de los síntomas.

*Inés (I) refiere: yo la traigo porque tiene problema de aprendizaje, tiene ocho años (...) está muy agresiva me hace rabiar muy mucho (...) tiene problemas para leer en lengua, tendría que ir a cuarto, conoce todas las palabras pero no las puede unir...yo*

*soy separada de su papá...Terapeuta (T) dice: ¿desunida? (I): soy separada y tengo otra pareja (...) no quiere que yo esté con otro. (T) ¿no acepta que se hayan separado, que se una con otro? (I): exactamente no acepta, (...) es muy apegada al padre (...) él es un adicto y me pegaba.*

En la misma fase **Luisa (L)** en la tercera sesión con un lenguaje descriptivo, presenta la problemática relacional con su hijo Juan, que tiene dificultades de aprendizaje y desconoce quién es su verdadero padre. Si bien en el discurso le otorga relevancia a los posibles efectos negativos de decirle la verdad al niño, en su narrativa, la importancia del secreto se relativiza. El contenido de las causas del síntoma se desplaza al desarraigo que implicó la lejanía de los abuelos, el alcoholismo en remisión del padre adoptivo y los celos de la hermana, tal como lo muestra la siguiente viñeta (L) *“Yo vengo porque el problema de Juan es que no tiene aprendizaje, va por tercera vez a primer grado y no adelanta, ahora se ha puesto agresivo, un día trabaja, otro día no (...) Antes aguantaba que le hicieran cualquier cosa, ahora anda a las piñas con los compañeros y la hermana (...) Otro problema es que no nos animamos, no sabemos como decirle que mi marido no es el padre de él (...) Mi marido tiene miedo que cuando le digamos él lo rechace, (...) Él vivió con los abuelos en Mendoza y cada vez que va allá es para traerlo siempre llorando y a lo mejor le agarra unos días que no quiere ni comer (...) Le decía papi a mi papá”... (T) A pesar de que se llevan bien tienen miedo de que lo rechacen ¿Por qué será?... (I) Quizás porque mi marido antes tomaba...*

En cuanto a las **intervenciones**, la terapeuta, en esta fase, procura ampliar el relato a través de preguntas, explora las respuestas y promueve la participación de los integrantes. Los interrogantes se intercalan con clarificaciones destinadas a confirmar y/o rectificar diferentes aristas de la entrecortada narrativa. La terapeuta explicita la relación entre problemas de aprendizaje y secretos familiares, en consonancia con el nivel racional defensivo adoptado por el grupo, nadie por ahora está muy dispuesto a profundizar.

En este escenario, en un **clima** con marcada distancia emocional y desconfianza se implementan defensas de evitación, desplazamiento y especialmente racionalización. En cuanto a la **dinámica interaccional**, los integrantes escuchan en un respetuoso silencio e intercambian algunos consejos. Dos participantes, en acotados pasajes, procuran ponerse en el lugar de la paciente que ocupa el centro de la conversación y simultáneamente, avalan la palabra de la terapeuta respecto a la relevancia de develar el secreto. De este modo, se expresan los sentimientos ambivalentes del grupo.

Resulta pertinente considerar que el contenido manifiesto referido a la identidad de los niños, alude inconscientemente al proceso de constitución de la identidad grupal

que está en camino. Por el momento la **interacción** es baja, radial y dependiente del terapeuta; el “espíritu de grupo” está en vías de construcción, por ende, no hay cohesión sino distancia emocional tanto con la problemática parento-filial, como entre los integrantes (momento fóbico).

Sin embargo, en la **sesión 4** -que denominamos de transición- las referencias recurrentes a “los lugares”, fuera y dentro del grupo, marcan un hito en relación a la construcción de la pertenencia. Se habla de los espacios en la mesa familiar, comparten sus biografías que reseñan sus lugares de origen: la ciudad, el campo, el país, para concluir en el espacio físico que ocupan en la sesión. El material sugiere cómo las dimensiones temporo-espaciales envuelven el darse a conocer, promueven sentimientos de confianza y tendencias a la cohesión grupal. Si bien esto conduce a alejarse temporariamente del foco de trabajo, favorece el desarrollo de intercambios de mayor intimidad. Se esboza la transferencia grupal propiamente dicha, abriéndose un momento de transición entre la consolidación del grupo y la posibilidad de trabajar focalmente. En otras palabras, las madres, recurriendo a la metáfora de “los lugares” dentro y fuera del grupo preparan el acercamiento emocional al interior de sí mismas y a las temáticas centrales de la terapia, en un progresivo abandono de la racionalización y distancia emocional.

El material clínico muestra la importancia nodal que adquiere otorgar un espacio a la historia infantil de los padres, en el cual se despliegue la afectividad vital para la construcción del grupo que dará un lugar continente al aquí-ahora con sus hijos.

A partir de la **segunda fase (sesiones 5, 6, 7)** el grupo logró construirse a sí mismo y emprender el trabajo focal, en paulatina conexión emocional con los conflictos que surgen en la parentalidad, en pos de ir tendiendo enlaces con los síntomas del hijo.

En esta fase media, las sesiones 5-7 pueden ser descritas como centrales en el proceso de insight, dado que emergen estados emocionales intensos que se conjugan con la posibilidad de pensar. Pueden manifestar de un modo más abierto de sentimientos hostiles, de frustración y temores **-hacia los hijos** (“*el niño roba, no aprende*”; “*la niñita es guaranga, una avispa, alguien le puede hacer algo feo*”); **-respecto de la pareja** (“*mi marido es alcohólico*”; “*es muy quedado*”; “*el padre se fue cuando quedé embarazada*”; “*me divorcié porque se drogaba y me golpeaba*”) y **-hacia el medio circundante** (la policía, los vecinos, la maestra, la directora). Esta dinámica, probablemente es posibilitada por la capacidad del grupo, recientemente adquirida, de funcionar como continente del dolor psíquico que provocan dichos afectos. Emerge la búsqueda activa sobre cómo enfrentar los problemas y se vislumbran algunas soluciones, paulatinamente la desesperanza e impotencia decaen. La colocación de la

culpa y lo negativo en la pareja y el entorno pueden interpretarse como proyección que traducen los necesarios momentos grupales de ataque y fuga en el proceso de cohesión grupal. Las **intervenciones de la terapeuta** procuran modular la ansiedad para contener dichas proyecciones, implementando preguntas que lleven a los pacientes a focalizarse en el aquí y ahora grupal. Todo esto da lugar a relatos de sucesos biográficos traumáticos como la violación de una media hermana por parte del padre de una integrante del grupo y en consecuencia, el temor obsesivo que esto se repitiera con su hija que describía reiteradamente como una avispa, como referimos en el capítulo 6 y se ejemplifica en la siguiente Viñeta (G) mire... ahí lo vi... es un gran miedo que tengo con la nena...(llora)...(T) ¿Qué miedo G?.....(G) No sé, es miedo a que le pasen cosas... como ella es tan así que alguien se aproveche de esa situación; ve? (T) ¿Te parece que le pasarán cosas porque es despierta, le pueden pasar porque es así .....o aunque no fuera así, le pasaría lo mismo?(G) Y bueno ....(llorando) eso es lo que yo cuido.... sea despierta o no... ésta es por demás despierta (se recompone) yo cuido todo eso... que si alguien la toca de más.... Si la están observando demás; que si entre chicos hay roces o no... que no me gustan... yo la saco... sea hombre o mujer... los otros chicos, sean de la edad de la nena o no... a la nena la cuido terriblemente, ni el padre la puede tocar.... Yo digo eso no se hace, es una inmundicia, yo les mando un padre nuestro de aquellos... y yo siempre que... por ahí digo sos loca.... Cómo vas a pensar esas cosas de R (marido actual)... si él es peor que yo de cerrado en todas es cosas de sexualidad... de adultero... pero no.... yo si veo que tengo que evitar eso lo evito... con sus hermanos habían agarrado a jugar, un jueguito.... Se ponía uno abajo y otro se pasaba por arriba y van dando vuelta. Cuando descubrí ese jueguito... me puse como loca... y les prohibí totalmente. (T) Es mucha tu preocupación... (G) Si yo estoy ...como se dice... obsesionada por el tema... y no quiero que le pase... a mis hijos, bueno... eso... pero al revés,.... yo me doy cuenta que así puede ser peor...(se observa cómo va tomando una posición fetal, sentada en su silla, conjuntamente con movimientos de rocking) (T) Si.... así no la podes cuidar (G)... Por ahí pienso... así... con esta obsesión... no voy a ningún lado. (T) Claro... se ve cómo no lo podes cuidar... así obsesionada... sufren mucho ¿tenés idea de dónde viene esto?... ¿a vos te ha pasado algo? (G).... No a mí no me ha pasado nada... no en mi persona... pero (llora) a una media hermana por parte de padre... con el padre... la violó... y eso a mí me tiene re-mal (G) asiente con la cabeza, mientras se continúa con el rocking.

Este contenido con potencial traumático actual, hasta el momento, no había sido compartido en el grupo, ni relacionado con sus obsesivas preocupaciones respecto a la conducta de la niña (minucioso control tanto del dormir con sus hermanos como del

juego, bajarse los pantalones en la escuela mientras jugaba con dos compañeras o temores a que pudiera sufrir un ataque sexual en la misma).

Consideramos que la viñeta constituye una ejemplificación sobre cómo los integrantes del grupo procuran comprender, mediante complejos fenómenos de identificación proyectiva, la repetición de modelos familiares traumáticos, que sólo pueden pensarse en compañía de otro.

**La sesión 7** se caracteriza por tener un foco definido y una interacción grupal intensa, donde la racionalización declina definitivamente. Inicialmente, los pacientes abordan la problemática de una madre (M) cuyo hijo fue expulsado de la escuela por robo. Ella en un primer momento, intenta negar la importancia de la temática, pero el grupo le señala su relevancia. Esto da lugar a que la paciente pueda expresar con más claridad, que otras veces, la necesidad de recibir ayuda del grupo, tal como lo muestra la siguiente viñeta: (M) *“Ah, bueno...si yo eso creía por eso no quería ni faltar a la sesión ni venir tarde tampoco para hablar... en fin... para ver cómo hago con la escuela...con quien tengo que hablar para resolver el problema”*

Todos los miembros del grupo participan en la búsqueda de soluciones en forma de consejos: “hablar con la directora”, “controlar las amistades”, “hacerlo estudiar en la casa”, “llevar constancia de atención psicológica”. Las madres expresan problemáticas comunes: para poner límites, enojos que les dificulta pensar, conflictos que surgen frente al particular modo de ser del hijo y desorientación frente a las demandas tanto del medio social adverso como de los niños, especialmente cuando éstos son más grandes. Luego de este trabajo grupal intenso, reaparecen referencias a lugares de pertenencia y discrepancias culturales, como un intento de los integrantes de volver a mirarse en su devenir histórico y así, establecer un espacio de diferenciación, en procura de restablecerse del sufrimiento compartido. Posteriormente, en el último segmento de la sesión emergen dos largos silencios cuando el grupo se ve sobrepasado en su capacidad de pensar el conflicto que presenta una de las pacientes, quien en la siguiente viñeta refiere: (I) *“Los otros días (...) mi ex marido me pegó a mi y todo fue por Patricia porque estaba en la casa del padre (...) Rompió una taza y la trajo llorando, ella se quería ir de nuevo, yo le dije que te cuesta yo lo tengo de lunes a viernes (...) Que no la voy a llevar, empezamos a discutir, cuando quise dar la vuelta para meterme a mi casa me dio una patada acá, yo me di vuelta para manotearlo y él me agarró del cogote y ya me mataba. (...) Pero ellos quieren estar con el padre...yo les pregunté si quieren estar con el padre o conmigo (T) Tal vez le resulte difícil contestar esa pregunta porque es como si tuviera que responder a quien quiere más (I) Es que yo le pongo los límites, que hagan los deberes y por eso se quieren ir (T) Habrá otra razón (I) no sé....a lo mejor es porque ahora tengo una nueva pareja y creo que estoy embarazada.* Los integrantes

comparten sentimientos persecutorios, de desamparo e impotencia frente a un medio hostil, carente, que los excluye. Sin embargo, el grupo intenta avanzar trabajosamente en la autorreflexión y en la adopción del criterio de realidad. La confianza y el tono empático de las interacciones permiten escenificar la necesidad, de todos y cada uno, de tener un cuidado especial, y un lugar en el grupo.

En relación a **las intervenciones**, la terapeuta a lo largo de la sesión apoya el fluido intercambio entre los integrantes. Reúne elementos de la narrativa de cada uno dándole un sentido en el conjunto, analiza las situaciones focalizando la problemática del hijo, señala la ambivalencia, confronta aspectos disociados, atiende especialmente a los movimientos regresivos y necesidades de dependencia que emergen en ciertos pasajes de la sesión, que requieren un papel más directivo por lo que da un consejo a pedido de un miembro del grupo. No obstante se observa que la **interacción** radial declina para dar lugar a un fluido intercambio entre las madres. En este momento de intenso trabajo grupal la expresión de la transferencia radial, remite al supuesto básico de apareamiento y las pareja que sucesivamente cada madre conforman con el terapeuta, llevan a cabo una interacción continua que los demás miembros del grupo escuchan atentamente, con alivio y esperanza. La **dinámica grupal** oscila entre movimientos progresivos y regresivos, el grupo ejerce una función continente, en la medida en que se constituye en un espacio donde pueden probarse y ejercitarse diferentes modos de enfrentar los problemas, tolerar la ambivalencia, regular la autoestima y aceptar las diferencias entre los integrantes, en sus modos diferentes de crianza y de las características de sus hijos.

En **la fase final (sesiones 8, 9, 10 y 11)** del primer tramo del tratamiento, disminuye la dependencia de la terapeuta. Se observa mayor empatía en el fluido intercambio entre los integrantes, en un clima emocional afectuoso, signado por procesos de identificación. Conjuntamente con un incremento en su capacidad de discriminación o diferenciación en los componentes del conflicto relacional con el hijo y el contexto en el que este se desenvuelve al incluir otras relaciones significativas y nuevas asociaciones. Proceso que enriquece la comprensión emocional, como producto de la concentración en el foco, una interacción intensa y una creciente cohesión grupal (Fontao y otros 2009).

Desde la perspectiva clínico-descriptiva, las madres muestran una mayor confianza en sus propios recursos y comparten pequeñas pero importantes modificaciones de los niños y ellas mismas. En ocasiones estos progresos son atribuidos a Dios (representante del padre de la infancia) por lo que aún no pueden reconocerlo como recursos propios. En este vaivén se puede apreciar la permanente cadencia de avances y retrocesos, propios de la evolución de la universal necesidad de depender.



Por su parte el Terapeuta **interviene** con **preguntas, clarificaciones y confirmaciones**, sostiene y alienta a la madre que relata las escenas vividas frente al **contenido recurrente**: “decirle la verdad al niño” y así analizar la problemática que fuera tan resistida en sesiones anteriores. De las siguientes viñetas se infiere lo antedicho: (G) *hay muchas cositas que ha estado cambiando en mi nena. (C) yo tenía miedo mi marido tenía más miedo (T) pero ¿le pudiste decir? (C) si él no dijo nada cuando le dijimos solo se largó a llorar y nos dio las gracias... nunca esperamos que nos diera las gracias por decirlo...después al otro día empezó con las preguntas...también estuvo la hermana de 6 años cuando le dijimos nos sentamos los cuatro, ella también hizo un montón de preguntas ¿cómo se llamaba, si lo íbamos a buscar, si sabíamos donde vivían, se lo puedo decir a la abuela, ella también sabe, le puedo preguntar?”*

La paciente describe el alivio del niño y relata la mejoría que observa la maestra y la psicóloga de la escuela en la conducta del niño (más relajado, tranquilo, se ha despertado no pelea tanto, hace todos los deberes con dibujos y todo). Relata sus propios cambios emocionalmente aliviada (C) *yo le digo a mi marido me siento como si estuviera vacía, como que tenía algo pesado adentro que no me lo podía sacar igual a él...él siempre tenía miedo al rechazo que le iba a decir no te quiero más (T) estás aliviada y te preparas para todas las preguntas que pueden venir después de eso...(C) me da miedo que me pregunte algo que no pueda contestar (T) bueno él ya se buscó en la abuela a otro informante la abuela que también te puede ayudar...preguntar más para saber la verdad y estudiar más y conocer más va unido...un niño interrumpe el aprender cosas porque tiene interrumpida la verdad ahora que se abrió esa puerta puede seguir...la idea que tenían es que iban a suceder solo cosas malas si le decían (C) si uno estaba equivocado...*

Compartiendo esta situación, (G) (que en sesiones anteriores contó como se lo había dicho a su hija) refiere que ahora queda explicarle a los hermanitos pero que esta vez no lo va hacer sola sino junto a su marido. Continúan relatando cambios y el terapeuta señala y confirma los aspectos más evolucionados en otra paciente en su rol materno. (M)...*Carlos está muy lindo lee y todo porque él no leía, gracias a Dios me es fácil a mi también porque le dicto y él escribe...cuando uno le pide a Dios, Dios después le soluciona el problema (T)... pero vos también te ocupaste... (M) si es cierto si uno le pide a Dios y uno no hace nada no se consigue nada... tiene que ir todo junto. A posteriori, esta madre puede profundizar en elementos centrales de la problemática (M) *Carlos es bastante vivo, cuando yo voy él ya vuelve (T) justamente parece que ése era el problema...que tenés que crecer vos para que puedas seguir llevándolo y el no te pase a vos...( M) si a veces yo no sabía que hacer y le daba unos cintazos...no lo puedo fajar más no sé que me pasó, estaba re mal pero bueno fue ese día que se escapó de la**

*escuela (T) entonces los azotes sirven un ratito (G) sirve para sacarse la bronca de uno... te sirven a vos porque a los chicos no le sirven.* El grupo vuelve a encontrarse con una problemática compartida y angustiante, alrededor de la impulsividad, tratan de ver cómo dejar de pegarles a los hijos. Las madres pueden ponerse paulatinamente en el lugar del niño que recibe azotes y en su propia impotencia.

En **la sesión 9** se alude a la inclusión del tercero y el Grupo, mientras van dilucidando de qué modo ellas mismas se sitúan en la relación con el padre de sus hijos. Una madre (B) refiere cómo a la ausencia temprana de su padre ha afectado a su hermano y en un lapsus a ella misma. A continuación relata una situación en donde su hijo (A) pone a prueba la autoridad del padre que no otorga un permiso y que ella por ser más blanda o no saber se lo da, reconociendo “el error” en el manejo de la situación.

El **Terapeuta interviene** tratando de que las madres puedan ponerse en contacto con los sentimientos del niño frente a la presencia o ausencia del Padre que les permita establecer relaciones entre el comportamiento de los maridos y de los hijos, aceptar cómo éstos interactúan entre sí y que “no todo depende de ellas” lo cual marca un paso adelante en dejar el rol de “madre todopoderosas” y el de hijas cuando en el lapsus recuerdan a su propio padre. Continúa Beatriz gratamente sorprendida por los cambios de su hijo Adrián, relata situaciones de socialización, salidas con los amigos a jugar, a practicar deportes en un club, pero atribuye estas modificaciones al crecimiento. En cambio otra madre dice (G)...*hizo un vuelco de vuelta y...le hace bien venir al grupo (de niños)... como que ha mejorado un poquito más... además dejó de contestarle a la maestra, porque era una cosa alevosa como le contestaba (T) según venís contando parece que esto depende mucho de que si vos confías en ella y le das chance a ella para ser una buena niña...y te das la chance de ser buena madre...*

Si bien prima una actitud de reconocimiento de la tarea del grupo que ellas o sus hijos han realizado, esto va acompañado de sentimientos ambivalentes, ya que por otro lado atribuyen los cambios positivos al crecimiento o a Dios, externalizando lo bueno fuera del grupo. Es necesario para una mayor integración y maduración como madres, incluir partes de sí mismas positivas y adueñarse de los logros o introyectarlos para un mejor desempeño del rol. Es posible que el acercamiento del receso de cuarenticinco días por vacaciones, acentúe estos aspectos inmaduros que requieren ser trabajado para promover la integración de los diversos sentimientos que surgen frente a la separación.

En **la sesión 10** el clima parece mas bien reflexivo, las temáticas abordadas por el grupo toca aspectos profundos por cuanto se refiere a los procesos de identificación,

reaparecen lugares de arraigo que dejaron aludiendo de algún modo a la partida de este grupo. Sentimientos compartidos que se resumen en (M)... *yo también...como ella dice que ama a su país yo también amo mi lugar, lo vendieron es de otra gente pero para mi corazón es como que es mío...ahí quedó mi niñez quedaron cosas re lindas y bueno...quizás que si mi mamá me hubiera dicho la verdad quizás que me podría haber despedido me parece es como si yo... no me despedí...que se yo...* El grupo en un clima nostálgico relaciona activamente su propia historia con la de sus hijos, lo cual enriquece la construcción de nuevas asociaciones y narrativas referidas a temáticas que ya se han venido trabajando en el transcurso de otras sesiones. Reconocen la necesidad de estar preparadas frente a los cambios de los hijos, de aceptarlo en su esencia para poder acompañarlos en su crecimiento sin sentirse sobrepasadas, tal como se observa en la siguiente viñeta: (B) *eso es terrible...porque me puede superar a mi... según yo, seguramente me va a superar el día de mañana o se los iré aceptando a medida de ciertos límites (T)...a lo mejor te sirve lo que estamos hablando...de cómo entre ellos son diferentes...a lo mejor no es tanto que tengan un problema de carácter sino puede ser que tenga su caracte...pero además ellos ya son niños diferentes a lo que vos fuiste cuando chica ...y hay un choque no de caracteres sino de culturas... habría que pensarlo también en esa perspectiva (M) puede tener que ver mucho. (B) Pero ¿tanta diferencia puede haber con el mas chiquito?...el chiquitito nos domina a todos y eso que yo con los tres soy igual yo trato de ser con los tres igual y mi marido también (T)...la diferencia también es que ustedes están diferentes con cada niño también, por más que lo críen o los quieran a todos iguales, la edad, el estado emocional, es distinto...esas cosas las percibe el niño...además tiene el aprendizaje de los hermanos.* Significativamente esta sesión (como continuidad de la anterior) se termina haciendo alusión a la necesidad de la aceptación de las diferencias entre sus hijos.

Con la sesión **11** culmina la primera etapa y surgen las emociones propias de este momento. En esta despedida, las madres trabajan focalmente la problemática relacional en un fluido intercambio emocional entre ellas. (G) relata cómo pudo pasar una situación difícil (accidente del hijo menor) sin por eso culpabilizar y golpear a su hija que lo cuidaba, revelando -como sin querer- los pequeños cambios que ha tenido desde que asiste al grupo, también hace consciente que en esta ocasión pudo descargarse con su marido, dándole aunque sea de esta manera un lugar en el rol de padre. El (T) señala que, aunque todavía no pueda encontrar otra modalidad menos impulsiva, descargarse con el esposo que es un adulto en vez de hacerlo con los niños es un todo un avance.

De manera elocuente, las madres traen a colación recuerdos de conductas de apego de etapas tempranas de sus hijos, que refieren al paulatino proceso de separación: (I)

*cuando era chiquito y estaba muy cansado se sentaba, se chupaba el dedo, agarraba la oreja del conejo, era ya se estaba yendo a dormir (B) Adrián tenía una sábana, tenía que ser siempre la misma sábana, una vez se la corté en varios pedazos donde iba andaba con ella, (T) ¿ustedes por qué creen que pasa eso? está relacionado con lo que veníamos hablando, ¿le han dado algún sentido?... (B) por ejemplo Adrian dejó el chupete y agarró la sábana, fue como algo que necesitaba suplementar (G) la nena mía usaba más los almohadones los masajeaba, y se dormía, era como un relax, (M) cuando le daba la teta me agarraba la oreja. (T)...pero en realidad lo que el niño quiere es la relación con la madre. Retrotraerse al pasado de sus hijos anula de algún modo el paso del tiempo, el crecimiento tanto de éstos como el propio; y de que en el grupo también pasa el tiempo. Las referencias a las conductas de apego en la historia de sus hijos cuando eran pequeños de algún modo pueden ser entendidas como una metáfora del momento de separación que se concreta.*

El Grupo va refiriendo alternativamente separaciones normales también traumáticas y el terapeuta señala tratando de ayudar a discriminar entre ambas modalidades de separación que han relatado y cómo si están enojadas o cansadas se separan con culpa. Si bien la culminación el grupo es vivido como abandonónico, con una actitud diferente comienzan a repasar nuevamente con quienes cuentan fuera de él para apoyarse (la abuela, el marido, la madrina). Las madres relatan cambios en las tareas asignadas al padre que denotan modificaciones en el respaldo y confianza que pueden brindarle. El (T) interviene tratando de que puedan ver la importancia de reconocer en el esposo, los hijos y ellas mismas también los aspectos valiosos. Si bien por momentos no se logra salir de la focalización de un integrante, en esta madre (G) está condensada la dramática universal de “la mala madre versus la buena madre”. Así, de un modo contradictorio, en esta sesión, el afuera aparece con ciertos componentes proveedores que estaban ausentes en los primeros momentos grupales que oficiaron de sostén y compañía para mantener la esperanza en el desempeño del rol de madres lo suficientemente buenas.

En una **apretada síntesis del proceso terapéutico de este grupo de padres** podemos decir que la temática central estuvo dada por la preocupación acerca de cómo revelar la verdad acerca de la identidad del padre biológico y las consecuencias que acarrea para el niño en relación a síntomas vinculados al aprendizaje o problemas de conducta, como así también para la dinámica de las relaciones familiares. Asimismo se pudo observar la importancia de elaborar traumatismos vinculados a situaciones incestuosas que se entremezclan con lo anterior ya que esto influye en la producción de sentimientos angustia, persecución y culpa. Los mismos tienen esta dinámica transgeneracional en la que se puede observar los efectos estructurantes y desestructurantes de los procesos identificatorios que se despliegan en la matriz

relacional del grupo. El trabajo de estas conflictivas que presenta este grupo y su elaboración depende casi exclusivamente de la evolución de la confianza mutua que se va generando y de la capacidad altruista de ponerse en el lugar del otro que permite la situación grupal. En el desarrollo de este sentimiento es necesario esperar a que se supere una etapa inicial en la construcción del grupo en sí mismo, en la que el intercambio es racional, signado por la distancia emocional. Este proceso grupal tiene su clímax en la fase media en la que se intensifica el intercambio entre los miembros, hay confianza para expresar emociones, secretos y temores y se va gestando un contexto propicio para el insight. Involucrarse afectivamente en la relación grupal con la activación de sentimientos diversos tiene un alto valor terapéutico según la visión de diferentes enfoques, a la hora de evaluar el curso de un tratamiento. En este ambiente cohesionado altamente interactivo y de menor dependencia, el terapeuta participa focalizadamente señalando, confirmando y esclareciendo lo cual favorece y promueve la reflexión. En la fase final, previa al receso por vacaciones, se observan claras señales de la dificultad para separarse del grupo y de sus hijos en la oscilación entre reconocer lo aprendido o volver empezar como si nada se hubiera logrado.

Otro factor para destacar en la dinámica grupal, se refiere a la movilidad en los roles que se ocupan en el grupo, siendo este un ítem de importancia reveladora de cambio. Así la modalidad relacional apreciada en la transferencia en la Entrevista para Padres de (G) luego se reproducía dentro del grupo terapéutico. Pudimos ver como (G) se acusaba continuamente de ser una *“mala madre”*, que *“mataba a palos”* a su hija, provocando el asombro y el rechazo de sus compañeras de grupo. De este modo, ocupaba exhibicionistamente el lugar de la *“madre monstruosa”* que requería de permanentes consejos y restricciones. Si bien la relación era muy conflictiva, habíamos podido constatar que los actos violentos, con la intensidad que los describía, estaban en el pasado y en la mente de esta madre atormentada, más que en la realidad actual. En la medida que pudo compartir su angustia, disminuyeron los temores obsesivos, especialmente porque los otros padres ayudaban en la tarea de evaluar la gravedad de las situaciones que planteaba y a distinguir entre la conducta normal o no de los hijos.

Paulatinamente fue abandonando ese rol negativo dentro del grupo, el cual le permitió una nueva experiencia en relación a su modo de vincularse con los demás, en la medida que el grupo no *“actuaba”* la transferencia negativa que despertaba. Del mismo modo, la madre que ocupaba el rol de *“madre perfecta”*, pudo ir mostrando que no todo estaba bajo control, a partir de que el grupo soportó los sentimientos envidiosos que despertaba. También aquella que se mostraba como *“la madre desastre”*, perdida entre tantos hijos, comenzó a percibir la tendencia del hijo que no podía aprender como una manera de ocupar el lugar del peor, ante el temor de

sobrepasarla, y así simbólicamente quedarse sin padres. En esta dinámica la intensa transferencia grupal se manifiesta de diferentes maneras: *-radial* cuando la pareja de terapeuta y madre, sobrellevan y empujan al grupo que descansa y *-cruzada* cuando el interjuego de las identificaciones y la confianza mutua hace que todas participen.

Otros de los efectos de esta nueva experiencia y de gran valor terapéutico se puede apreciar en la posibilidad de frenar la impulsividad al castigar a sus hijos, de algún modo reflejados en Gabriela al referir en una sesión *“ahora cuando quiero pegarle me encierro en el baño para que se me pase y espero para hablarlo acá por eso me vine una hora antes”* y María dice: *“si a veces yo no sabía qué hacer y le daba unos cintazos...no lo puedo fajar más no sé que me pasó, estaba re mal pero bueno fue ese día que se escapó de la escuela”* Con esta madre se realizó una pequeña dramatización de ese momento crítico, que le permitió conectarse con su propia angustia y la del niño representado por el resto de las compañeras de grupo.

En todas y cada uno de las integrantes, se trabajó minuciosamente los procesos de diferenciación-separación padres e hijos, amenazados por la transmisión transgeneracional de contenidos traumáticos. Es necesario destacar que este proceso dinámico descrito se da en un vaivén permanente de avances y retrocesos propios de los fenómenos resistenciales siempre presentes, en el seno de lo que junto con Menzies (1974) denominamos “transferencia monstruosa”.

Consideramos que hemos recorrido un largo camino en el desarrollo de intervenciones grupales con padres e hijos y las particularidades del abanico de intervenciones que proponemos. Por lo que ahora nos encontramos situados en un contexto que hemos denominado **intervenciones multifocales** (Toranzo 2011) en tanto y cuanto los actores se multiplican- padres, niños, maestros, directores- en escenarios institucionales -la escuela, la familia, el equipo de trabajo y el centro servicio de asistencia pública- también complejos; inmersos en una sociedad de escasos consensos, que dificulta los procesos de diferenciación necesarios para el desarrollo de la salud mental en la actualidad. Desde el punto de vista epistemológico y/o metodológico esta intervención multifocal, conlleva no sólo diferentes planos imbricados, sino una concepción psicoanalítica relacional compleja, no-lineal, más acorde con la naturaleza intrínseca de lo humano. El *concepto de intervención multifocal* implica que al interior del tratamiento encontramos distintos focos presentados por los protagonistas de la institución que realiza la derivación, los padres, el niño que se ponen de manifiesto en el contexto de las transferencias múltiples que requieren ser trabajadas. En relación al interjuego de recursos terapéuticos, contempla la asistencia combinada de recursos para atender a los diferentes actores del conflicto, tal como los grupos paralelos de padres e hijos, la

asistencia individual cuando la problemática lo requiere, las entrevistas con docentes y así incluir el plano del tercero. En síntesis, se trata de operar no sólo sobre lo interno intrapsíquico sino en la realidad externa, especialmente si se trata de niños, púberes y adolescentes donde existe una situación de intensa dependencia emocional de los adultos. De esta manera, procuramos estimular un cambio intersubjetivos profundo y sostenido en el tiempo. En este sentido, coincidimos con Joseph (1989), para quien el cambio psíquico puede concebirse como “... las variaciones hacia una mayor toma de responsabilidad por los propios impulsos o hacia un alejamiento de los mismos; la aparición del sentimiento de culpa y de la consideración y el deseo de poner las cosas en su lugar, o la huida de estos sentimientos; la conciencia de un aspecto de la personalidad, el yo, y de la capacidad de observar lo que está ocurriendo, luchar contra ello y enfrentar la ansiedad, o empezar a negarla, todos estos movimientos constituyen el meollo inherente a nuestra comprensión del cambio psíquico...”.

Por lo tanto, el abordaje psicoterapéutico que presentamos permite observar cómo la modalidad relacional de padres e hijos y sus conflictos emerge desde el motivo de consulta, se clarifica en la Entrevista para Padres, se despliega y escenifica con toda su fuerza en la instancia psicoterapéutica de los grupos paralelos. Así, se procura intervenir en distintos niveles transferenciales de la compleja relación de padres e hijos lo que a nuestro criterio, brinda mayores posibilidades de elaboración de las situaciones conflictivas intersubjetiva y transgeneracional presentes en toda relación.

### **Bibliografía**

Bion, W. (1972). *Experiencias en Grupos*. Buenos Aires: Paidós.

Joseph, B. (1989). *Equilibrio Psíquico y Cambio Psíquico*. Madrid: Julian Yebenes.

Menzies, E.P.I. (1974). A Personal Review of Group Experiences. comunicación presentada en Centre for Applied Social Research, Tavistock Institute of Human Relations. Londres

Taborda, A., Toranzo, E., Ross, T., Mergenthaler, E., y Fontao, M. (2011). Gruppenprozesse in einer fokaletherapie mit müttern: eine pilotstudie über den psychodynamischen ansatz-zu. *Gruppen Psychotherapie und Gruppendynamik*. (47) 38-52.

Taborda, A.; Toranzo, E.; Ross, T.; Mergenthaler, E.; Fontao, M.I. (2011). Psicoterapia de grupo paralelo de padres e hijos. Estudio piloto de proceso terapéutico del grupo de padres. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. Fundación Orienta. España.

- Toranzo E. et.al. (2008). Un abordaje relacional en un ámbito institucional: Grupos psicoterapéuticos de padres e hijos. *Revista Electrónica Topia* [www.topia.com.ar](http://www.topia.com.ar)
- Toranzo E. (2011). *Intervenciones multifocales. Cuando el paciente es el niño o adolescente, la escuela y/o la familia*. En "Extensiones clínicas en el ámbito de la Psicología Educativa" San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Torras de Beà, E. (1996) Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica. Buenos Aires. Paidós.
- Zuretti, M. (2010) Matriz, grupo e inserción sociométrica Psicodrama en la universidad II / Mónica Zuretti... [et.al.]; compilado por Cristina Elisa Moreira; dirigido por Mónica Zuretti. - 1a ed. - Buenos Aires: Criseli, 2010. Internet.





## Capítulo 9

### Al interior de la psicoterapia de niños. El grupo se construye a sí mismo

Alejandra Taborda y Elena Toranzo

---

*“Cabe entonces distinguir, en el plano mismo de las identificaciones, entre las que remiten a los padres y otras figuras adultas de las que conducen a hermanos y otros niños (...) El par, el amigo condensa o media lo extraño y lo familiar reduciendo su enfrentamiento: en el ámbito de lo no familiar funciona familiarmente al tiempo que en el seno de lo familiar su virtud principal es no serlo, el provenir de un extraño que ya no deviene persecutorio ni amenazante”.*

*(Rodulfo, 2012. p. 69)*

Los grupos psicoterapéuticos, son semicerrados, de un año de duración, integrados por una pareja de terapeutas y un número de cuatro a seis niños, que tienen entre ellos una diferencia de dos años de edad como máximo. En grupos mixtos, es recomendable mantener una proporción similar de varones y mujeres. Se incluyen tanto los niños que sufren de inhibiciones importantes, como los que alternan entre inhibición e impulsividad, y los que presentan una modalidad relacional en la que si bien predominan tendencias impulsivas, tienen cierta capacidad para contenerse y respetar la norma básica *“no dañarse a sí mismo, a los otros, ni al terapeuta”*.

Al tener en cuenta estas variables en la organización de los grupos procuramos potenciar las regulaciones complementarias, identificaciones y movilizaciones que surgen entre pares. En ese interjuego, la compañía de un niño tiende a regular a otro, que en su ausencia rápidamente acelera su excitación estorbando su capacidad de juego, a la vez que el regulador se beneficia de ciertas disposiciones traviesas del regulado. Todo esto a su vez, en compañía del terapeuta encargado de modular y traducir los niveles de excitación para tornarlos tolerables-pensables.

Las dificultades atencionales que presentan los niños que integran el grupo, sus problemas de aprendizaje y manejo antagónico de la agresión (inhibición/impulsividad), se acompañan de un empobrecimiento en la capacidad para imaginar, verbalizar su mundo de fantasía, plantear sus problemas, pensar en alternativas, mentalizar y enfrentar la ambivalencia. En este sentido, se podría considerar que el trabajo

terapéutico se desarrolla con grupos homogéneos, a pesar de ello, a nuestro entender, en todo grupo convive lo homogéneo y lo heterogéneo. Más aún, la verdadera homogeneidad y procesos de diferenciación se construyen en la dinámica de la comunicación, a partir del “lugar común” que, en su devenir, se va configurando. Es precisamente este lugar común donde se entrelazan, comparten y diferencian las fantasías inconscientes que sostienen lo sintomatológico, lo saludable y las nuevas oportunidades.

Los aspectos sintomatológicos descritos, sumados a los sentimientos de vergüenza propios de la niñez, le otorgan un tinte particularmente dificultoso a los momentos iniciales del grupo terapéutico. En pos de proveer apoyatura a la delicada tarea de conocer a sus pares, presentarse frente a ellos, compartir verbalmente el motivo de consulta, incitar al mundo de fantasías, implementamos -a modo de “técnicas auxiliares”- test proyectivos modificados en su modalidad de administración e interpretación.

Las técnicas auxiliares, de una manera u otra, remiten al proceso realizado en la instancia individual, en el marco de una relación dual, lo cual posibilita recordar y también trabajar el despedirse de la misma. Esto es aún más importante cuando el profesional a cargo del proceso diagnóstico no integra el grupo terapéutico. Asimismo, esta modalidad de trabajo procura constituirse en un canal de comunicación, acompañante y modulador de las ansiedades de pacientes y terapeutas, movilizadas en este momento inicial. En consecuencia, la psicoterapia comienza del siguiente modo:

- En la apertura se realizan las pertinentes presentaciones. Los invitamos a contar por ejemplo sobre el número de hermanos, el grado y escuela a la que concurren, por qué asisten al grupo... De manera sencilla y clara proveemos información sobre el Setting, la tarea que realizaremos, sus objetivos, el armario de los juguetes y nuestras obligaciones respecto al secreto profesional. Luego, cuando la dinámica lo permite, se les solicita que cuenten con un *dibujo “lo que les pasa”*. Cuando todos concluyen se les pide que comenten lo que deseen sobre su dibujo.
- En la segunda sesión se les solicita que realicen, *en forma conjunta, un dibujo* sobre una cartulina y elaboren entre todos una historia acerca del mismo.
- Por último, en la sesión siguiente (con grupos de niños menores de diez años) se trabaja con la administración del Test de Apercepción Infantil *CAT-A*, según la siguiente consigna: *“Traten de elaborar en conjunto, una historia sobre cada una de las láminas. Uno de ustedes, elegido por el grupo, se encargará de contar la historia que armen entre todos, no es necesario que sea el mismo*

*compañero todas las veces. Es importante que en esa historia puedan contar qué está pasando ahora, qué pasó antes y qué pasará después*". Nuestra experiencia con grupos psicoterapéuticos, demostró la necesidad de presentar una versión abreviada de la prueba, dado que el tiempo requerido para la elaboración de historias en un nivel grupal, excede ampliamente al término de duración pactado en una sesión (una hora, treinta minutos). Las láminas elegidas, según lo consigna Fernández (1997) refieren a escenas paradigmáticas del aprender, ellas son Láminas: 1. (explora la oralidad); 2. (evalúa el manejo de la agresión en la situación edípica, exclusión y fantasías sobre la escena primaria); 3. (indaga el vínculo con la autoridad, figura paterna y el manejo de la agresión); 8. (explora a fantasías de culpa, reprimenda y castigo corporal). Además, se agrega una *Lámina en Blanco* con el propósito de promover la expresión de las fantasías sobre el futuro grupal (Taborda y Abraham, 2004).

El encuadre procura promover un amplio espectro de posibilidades comunicativas, que van desde un simbolismo representativo –más inconsciente y sensorial– difícil de verbalizar, posible de presentar con imágenes gráficas, hasta lo discursivo, propio del lenguaje. En este contexto, ilustramos la modalidad de trabajo a partir del material clínico recogido en un grupo de niños -paralelo al de madres, referido en el capítulo anterior- constituido por dos terapeutas y cuatro niños de 7 y 9 años [Carlos (hijo de María); Adrian (hijo de Beatriz); Gabrielita (hija de Gabriela); Patricia (hija de Ínes)]<sup>9</sup>. El acento recae en analizar la producción conjunta, la secuencia de las intervenciones de cada participante, la modalidad de los terapeutas de contener e interpretar las fantasías y defensas que se movilizan en los primeros movimientos de construcción del grupo.

En la primera sesión, los niños sentados en círculo con ambas terapeutas permanecen en silencio, miradas y cabezas bajas, corporalmente encogidos como ocupando el menor lugar posible. Carlos (C) se arranca pelos de su flequillo y la terapeuta (T) dice: *"eso sucede cuando estamos muy nervioso y todos parecemos estarlo, unos mas que otro...de por sí estar en grupo cuesta, no nos conocemos...te estás haciendo doler...¿podremos encontrar otras maneras de contar los nervios sin hacerse doler?...en esto no están solos..."* después de un silencio (C) se come las uñas, se levanta de un salto, da una vuelta corriendo y vuelve a sentarse, los compañeros ni lo miran. *"Vamos a tratar entre todos de abrir un lugar para que las cosas que preocupan puedan contarse jugando, hablando, sin hacerse doler, pegar a los otros o*

---

<sup>9</sup> Los nombres fueron anonimizados

romper cosas"... ¿podemos empezar por conocernos, saber nuestros nombres?... Casi sin mirarse dan sus nombres y responden escuetamente sobre el número de hermanos, el grado al que van... (C) corretea, se tira al piso y Adrian (A) suspira molesto cuando pasa a su lado...las nenas Gabrielita (Ga) y Patricia (P) lo miran despectivamente... (T) *¿se animan que hablemos sobre por qué están hoy acá?* con voz entrecortada, mirando el piso o los pies y el cuerpo que se mueve en la silla de un lado al otro comparten las preocupaciones conscientes que los habían motivado a aceptar el tratamiento (Ga) *"me porto mal en la escuela"*; (P) *"no sé escribir"*; (C) *"repetí de nuevo"*; (A) *"me va mal en la escuela"* (Ga) en tono desafiante pellizcándose una mano con otra *"¿a qué venimos acá solo a hablar?...a mi no me gusta hablar"* (T) *"si un poco hablar, jugar, u otras manera de contar lo que les pasa y los tienen preocupados..."* (Ga) *"con varones yo no juego"* (T) *"a veces a tu edad las nenas juegan poco con los varones... Patricia ¿vos jugas?"* (P) con la cabeza -mirando sus pies que se balancean constantemente- dice no (T) *"me parece que todavía no nos conocemos lo suficiente para seguir contando qué les pasa y están bastante nerviosos. Quieren intentar contar con un dibujo. Nos gustaría que nos cuenten con un dibujo, porque no sólo las palabras sirven para contar"*, los niños responden afirmativamente con su cabeza y comienzan a dibujar. (C) inquieto pega la silla con el respaldo de (A) y quedan espalda con espalda (A) se corre molesto. Los dos tapan sus hoja como temiendo ser copiados. (T) *"tienen ganas de que sea un dibujo muy original, pero será también que tienen curiosidad por ver lo que el otro dibuja, quizás están preocupados por si acá se gana o pierde, cual es el mejor dibujo, pero acá es sólo contar."* (A) tapa su hoja, mira de reojo que dibuja (C). Se los ve a los dos muy tensos, se mueven en la silla continuamente, (P) refiriéndose a (C) que ni siquiera la miraba dice: *"me quiere copiar"*. El material reseñado alude a la ambivalencia entre los deseos de acoplarse e imitar a otro y simultáneamente de recortar su propia individualidad (este lugar que armo con mi brazo sobre la hoja es solo mío). Si bien el clima tiene un tinte persecutorio, denota también el deseo de atrapar la atención del otro a través del tentarlo a espiar. Conjuntamente emergen sentimientos de vergüenza, inadecuación, de no estar listo para que otro vea la producción, en palabras de Gabriela -que tapó con ahínco su dibujo y luego dio vuelta la hoja para que nadie la viera-*"me salió re-fiera"*. De esta manera, el grupo compartía como primera carta de presentación *"los problemas escolares"* y sentimientos de incomodidad e inadecuación. El terapeuta lo traduce: *"a veces lo mas difícil de esto que pasa es cómo nos ven los otros...a veces nos parece que no les vamos a caer bien...me mando macanas...otras veces que lo que hago no me sale tan bien como quería que me saliera...seguro que también hay otros modos ¿qué se les ocurre?"...* mueven la cabeza y/o los hombros, en un pacto de silencio.

En este grupo, cada niño dibujó una casa, las cuales al ser comparadas con la producción gráfica realizada en el proceso diagnóstico individual, evidenciaban un empobrecimiento significativo, que denotaba el retraimiento que producía la nueva situación y la primacía de defensas esquizoides-fóbicas. Estos primeros dibujos realizados en el grupo resultaron disímiles en cuanto: -ubicación en la hoja (desplazamiento al costado superior o inferior izquierdo de la misma); -tamaño (notable reducción); -colores (predominio del violeta, azul y negro); -estructura (disminución de la armonía y detalles). El relato sobre cada dibujo fue reemplazado por movimientos ambulatorios, risas nerviosas, miradas que denotaban alternativamente picardía y vergüenza. Los muebles y paredes servían para delimitar el espacio corporal, los niños más impulsivos saltaban, tocaban a sus compañeros y mostraban de esa manera sus necesidades de soltar la tensión que sufrían. El estar juntos provocaba un repliegue sobre sí mismos y tenues intentos de contacto con un cariz maníaco que permitía desprenderse de la tensión. (C) toma su hoja y la convierte en avión, se detiene a formar una punta puntiaguda y dice: *“así tendrá fuerza para volar”*... (A) lo sigue, hace un avión pero de punta mocha que no vuela... (Ga) y (P) fabrican el avión pero no se mueven de la silla (T) me parece que todavía no tienen ganas de hablar de lo que dibujaron, se pusieron nerviosos y quieren hacer otra cosa, salir volando, tomar fuerza. Cuando (C) hace volar el avión, (A) con mirada atenta, muy expresiva, mira la punta de su avión. (T) *“tus ojitos dicen que tenés muchas ganas de que vuele, de que los dos compartan el cielo del consultorio y esa fuerza de muchacho que ambos tienen.”* Después de la intervención de la terapeuta él lo desarma y vuelve a armar con una punta importante, pero deja de jugar... (T) *“hemos hablado, han dibujado, jugado quizás podamos hacer que los aviones hablen sobre porque vienen”*. (Ga) *“yo ya dije a mi no me gusta hablar”*, pinta de rosa el ala del avión (P) se tira al piso y con el brazo en alto mira el avión, todos evitan el contacto hasta visual.

A la segunda sesión, llega (C) corriendo saluda a las terapeutas y se sienta al lado de la ventana, lejos de los terapeutas y pregunta: *¿vendrá?* (T) *veremos, es temprano...*(P) avisó que está enferma por eso no asistirá...casi inmediatamente llegan los otros niños (Gr) corre su silla para pegarla a la de la terapeuta, con su pie le toca el pie y (T) pone la mano en la rodilla de la niña, se miran y sonríen. Están todos muy tensos y silenciosos, se mueven en sus sillas, se balancean (C) mira a (Gr) y él le saca la lengua. (T) *“¡que pícaro, mirá con que monería la saludas!”* (Gr) tiene expresión de asombro y un permanente movimiento de balanceo con sus piernas. (C) *“me gustó el avión ¿y a vos?”* (A) todavía mirando el piso, responde: *“sí”*. (T) *“los varones están por juntarse”* (C) atolondradamente dice: *“jugamos hoy con los aviones”* (A) sin mirarlo con sus piernas apretadas y cuerpo rígido, con la cabeza dice no (C) desconcertado vuelve a la

silla (T) *“es importante poder invitar y también poder decir que no, pero a veces las dos cosas son difíciles, por distintos motivos los dos están como si hubiesen chocado.”* Los niños permanecen en un prolongado silencio (T) *“hoy podemos hacer un dibujo entre todos para contar esto que nos está pasando ahora en el grupo que están un poco retraídos.”* Casi sin consultarse unos con otros, acordaron hacer nuevamente una casa, quizás buscando crear un espacio ya conocido y de protección, mientras discutían en voz baja y formaban con sus cuerpos un círculo al que los terapeutas no podían entrar. Simultáneamente, se conformaron las primeras parejas y un primer pacto que discrimina entre pares y adultos. Cada niño tomó, a “modo de un mordisco”, un ángulo para dibujar pequeñas casas desarmadas, con pocos detalles y el cuarto ángulo fue ocupado a posteriori de un señalamiento por un sol. De este modo, compartieron las ansiedades aún presentes, las necesidades de delimitarse, de encontrar su propio espacio en el grupo y la ausencia de Patricia.

### Dibujo 1



El centro de la hoja, que de algún modo representaba el “entrar”, “mezclarse”, “crear y recrear en conjunto”, es decir el lugar del grupo quedaba prácticamente vacío, como un lugar por el que aún no se podía transitar, que había que evitar.

Por lo tanto, si bien podía observarse una mayor integración, en el espacio gráfico quedaban expresados los temores y los modos que iban adoptando para defenderse. El terapeuta lo verbalizó así: *“Umn cada uno buscó su propio lugar su propia casa para estar en el grupo y le dejaron un lugar para (P) que está enferma”* (Gr) *“yo le hago el dibujo”,* agregó el sol (T) *“bueno me parece que sos la que más atenta estás porque hoy fuiste la única nena”* (Gr) *“sí”*. (T) *“me parece que ahora que están menos asustados*

*podemos hablar un poco más sobre por qué cada uno viene al grupo.” (C) “no me salen las cosas soy medio, medio burro yo quiero aprender”. (T) “Cóntanos porque te parece que sos medio burro.” (C) “las señoritas dicen por eso me saco malas notas.” (T) “muchas veces los chicos no son burros pero no le encuentran la vuelta a la escuela, seguramente si nos damos tiempo podemos ver como es esto.” (Gr) “a mí en la escuela me va bien pero tengo miedo de noche sueño cosas. Mi mamá dice que me porto mal en la escuela” (casi como sin darse cuenta se arremanga la manga y muestra una vieja cicatriz) (T) “¿qué te paso?” (Gr) “nada, no sé con la plancha” (T) “¿te castigaron?” (Gr) “no, cuando era más chica me quemé” (T) “tenemos que ver que heridas, cosas calientes te dan miedo para eso también necesitamos tiempo de hablar y pensar...A veces a los grande están tan enojados que parece que se les quema la sangre y eso nos asusta...otras es nuestra propia sangre la que hierve” (C) y (Gr) se ríen (T) “¿les pasa? y ¿vos Adrián? ¿Querés contarnos?” Mira el piso, se pone colorado, se acaricia en la silla y dice: “me va mal en la escuela, todo me sale mal” (la expresión de su cuerpo indica que es cauto no seguir preguntando) (T) “bueno pudimos comenzar a conversar sobre que nos preocupa y me parece que todos tiene un poco de miedo unos en la escuela otros de noche” (C) “yo también sueño cosas feas” (T) “¿querés contarnos?” (C) “no me acuerdo pero me despierto asustado”. (T) “¿y vos Adrián?” (A) “No sé, no me acuerdo.” (T) seguramente vamos a seguir hablando y seguir encontrando que más nos preocupa hoy es un comienzo...*

Los inicios de la tercera sesión fueron tensos y con prolongados silencios, a pesar de ello, las modificaciones en la dinámica grupal se reflejaron en la modalidad que adoptaron para construir las historias del CAT-A. Ahora podían reunirse, compartir, recordar lo que habían realizado durante el proceso diagnóstico y además, crear relatos sobre las láminas que presentaban los terapeutas. Desde el comienzo los niños pudieron agruparse más fácilmente en torno a este material más estructurado, debido a que las proyecciones ya no se realizaban sobre la propia producción gráfica y, además había mediado un tiempo de trabajo grupal.

Las historias eran cortas, con distorsiones en la percepción de los personajes que eran corregidas por el mismo grupo de niños, con intervalos en el relato para acordar qué animales eran y sus características formales. De esta manera -con la apoyatura y regulación de la angustia que ofrece la presencia del adulto- podían implementar defensas obsesivas comprobando sus diferencias y similitudes, para reasegurarse y

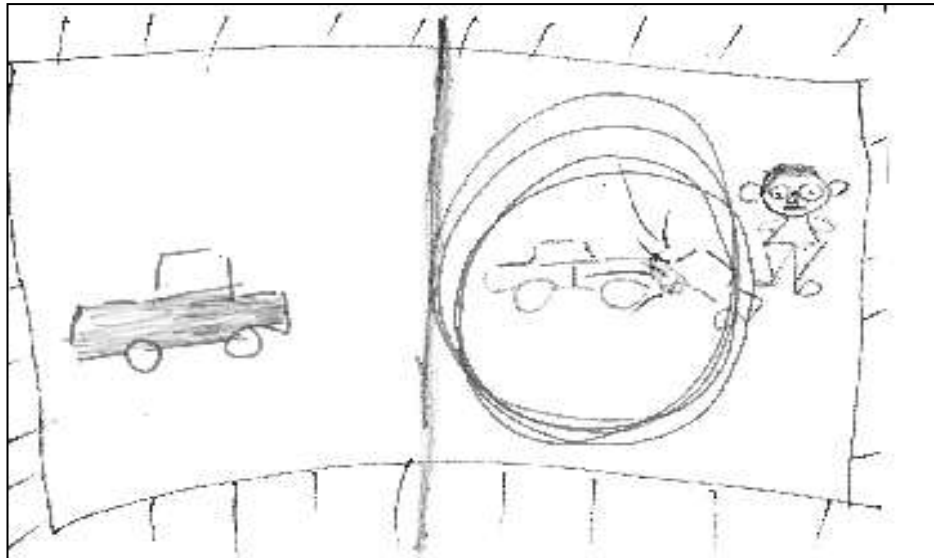


tomar cierta distancia emocional de los aspectos persecutorios y/o idealizados movilizados. Los relatos también describían cuán malos eran los más grandes y cuánto de amenazantes, vengativos podían ser los más chicos, con tenues alusiones a aspectos idealizados de los personajes. A modo de ejemplo, referimos la respuesta en la lámina 1: (C) *Cuando estábamos con Daniel (el psicodiagnóstico) también contaba historias... (Gr) yo también pero otras... (P) son pingüinos, patos... (A) no, gallinas, están comiendo gusanos... (C) no, no comían, no encontraban gusanos... la tierra no tenía nada... (P) tenían hambre y no comían nada... (C) encontraban los gusanos pero se los comía el gallo... (Gr) es el papá y dos hijos... (C) el del medio es el papá... A) si, es el papá, es feo y amargo con plumas y alas... (P) con ojos y con pies malos... (Gr) el de atrás es otro papá muy malo... (C) no, el papá es bueno no hace nada... (Gr) si, el papá es bueno los lleva a pasear (A) están quietos... (Gr) es una foto por eso están quietos... (C) si se quedan quietos los atrapan... (P) los pollitos le ponen veneno a los gusanos... (Gr) y salen corriendo para que no los mate.*

Asimismo, las preocupaciones verbalizadas tuvieron un cariz recurrente a lo largo de las historias como un modo de expresar las fantasías orales movilizadas y sus intensos temores. Los relatos eran contados entre risas, miradas cómplices, en un clima de complementariedad entre niños, lo que les servía de apoyo para verbalizar crudas historias. Las delimitaciones corporales que habían necesitado realizar mientras dibujaban, disminuyeron notablemente. Las defensas que surgen ante la carencia y a la agresión de los adultos se tornan más omnipotentes y maníacas. Se advierte un clima de “compañeros de guerra”, que los terapeutas podían traducir como “miren que somos peligrosos”, así, trataban de mitigar los temores que surgían frente a los compañeros y fundamentalmente a los terapeutas. En la producción se perfilan también las conflictivas y modalidades personales. Por ejemplo, en la historia referida precedentemente (A) expresó: *“están quietos, no se mueven”*, al (Gr) contestó: *“es una foto”*, y (C) aconsejó *“si se quedan quietos los atrapan”*. Luego, en las sesiones posteriores se puso de manifiesto cómo (A) manejaba la indiferencia, la quietud, creando con ella un cerco con el que cuidaba sigilosamente mantenerse a distancia, lo cual le demandaba una gran cuota de energía que afectaba su rendimiento escolar, situación que fue trabajada a lo largo del tratamiento.

Cuando se les presentó la lámina en blanco los niños optaron por realiza en ella el siguiente dibujo:

## Dibujo 2



Carlos, quien había iniciado los relatos comenzó trazando una línea en el centro, luego dibujó una figura humana y un auto, relatando que ambos se chocarán, acompañando el comentario con sonidos vocales. (A) que había sido el encargado de corregir las distorsiones perceptivas de las figuras de los animales y que había consultado por fuertes inhibiciones, enmarcó el dibujo a modo de intentar evitar el “desparramo” de la impulsividad. Las dos niñas, (P y Gr) quienes durante el CAT-A habían tratado de contradecir la orientación del relato de sus compañeros, luego de haber peleado con ellos por los lápices, dibujaron del otro lado de la hoja, un auto rosado, una de ellas dice: *“no sé qué hice... hicimos una cagada, es un auto refiero, va por la ruta 8, está mal pintado, roto, refiero”*. Esta niña buscaba incorporarse al grupo peleando a sus compañeros, especialmente al más impulsivo (C); luego manifestaba intensa culpa que la llevaba a mostrarse y sentirse seductoramente desvalida, tratando de anular los contenidos agresivos, reproduciendo de esta manera la relación que mantenía con su madre. Patricia por su parte, se aliaba a ella imitándola, también reproduciendo su propia historia relacional.

Al analizar el conjunto de láminas administradas según la versión abreviada que proponemos, podemos señalar que la secuencia interna, en la producción de los grupos estudiados, queda signada por la recurrencia en el contenido y en la fantasmática, en cuanto a: -ausencia de figuras parentales que provean, contengan, cuiden; -imperiosa necesidad de sustento y de sostén; -alimentación frustrada; -negación del vínculo fraterno; -pobre discriminación entre roles adultos e infantiles; -relación con la autoridad manejada omnipotentemente, en un intento

de negar el desvalimiento; -ansiedades canibalísticas; -intensos sentimientos de indefensión frente a castigos corporales, acompañados de anhelos de crueles venganzas; -fuerte ambivalencia respecto a las figuras parentales y -sugerencias sobre cómo enfrentar los conflictos. A nuestro entender, ahondar en esta dinámica grupal se configura como una herramienta diagnóstica-terapéutica que favorece la consolidación del grupo y permite a los terapeutas traducir verbalmente las fantasías inconscientes.

### **El grupo y su devenir**

Las técnicas auxiliares implementadas en el pasaje de lo individual a la construcción grupal funcionan a modo de catalizadores de emociones primarias, creando un camino para su elaboración, en un grupo de niños con dificultades para mentalizar y/o expresar sus emociones. La integración grupal lograda se puso de manifiesto en la secuencia y características de las sesiones posteriores. En primer lugar estas se iniciaban con la partida de cartas, descrita en el capítulo 7, que llamaron "*chancho va*". Posteriormente, luego de tomar y dar la carta necesaria y así corroborar tanto la disponibilidad como la capacidad del otro de brindar complemento, continuaron -durante tres sesiones- jugando a ser químicos. De este modo, en las escenas lúdicas se representaban diversas posibilidades de mezclarse e intercambiar con menos temor. Luego (C) trajo a las dos sesiones posteriores tierra, hormigas, hojas y conversaron sobre de dónde sacarían comida, sobre lo que está pero no se ve y sobre el tener bebés. Posteriormente, se acusaron de robar en la escuela, de tener novios y, por último, antes de finalizar cada sesión, retomaron los juegos de mesas.

En este contexto, los terapeutas buscan incitar la verbalización de fantasías, encaminar el lenguaje de acción propio de los niños, modular el acting out y/o las diferentes formas con que se pueden presentar las inhibiciones en el pensamiento, en post de favorecer la intercomunicación entre las partes disociadas, a partir de la experiencia del dialogo y juego compartido entre miembros del grupo.

Recordemos que, tal como lo señalan Corominas y col. (1996) cada integrante de un grupo tiene el doble trabajo de: -inducir fantasías en los otros y -ser portavoz de las que en él, provocan los demás. Enfatizando además, que es precisamente la posibilidad de introyectar la función integradora del grupo, el potencial terapéutico central.

En el transcurrir del grupo de niños las observaciones realizadas por los terapeutas se expresan verbalmente y/o a través de juegos, tal como lo señalan Privat y Privat (1987); Torras de Bèa, (1996); Corominas y cols. (1996), entre otros,

quienes afirman que en tratamientos psicoterapéuticos grupales con niños, los terapeutas comprenden los contenidos inconscientes, formulando la interpretación fundamentalmente a través del juego. Para ello, los terapeutas arman un cajón de juego con muñecos, peluches, soldados, utensilios de cocina, autos, familias de animales, diversos juegos de mesa (ludo, naipes, juego de química, entre otros) y material menos estructurado (telas, plastilina, cartón, hojas, goma de pegar, cinta adhesiva y lápices de diversos colores).

El devenir grupal es una experiencia que tiene una particular densidad de estímulos, rapidez en sus movimientos, cambios de escenas y fluctuación de estados afectivos; por este motivo, interpretar lo que sucede en el grupo es una tarea compleja en la que es necesario que el terapeuta ponga énfasis en captar y resonar lo que le impacta, dándose el tiempo necesario para que los contenidos grupales vayan cobrando significado dentro de su propia mente y en el acontecer grupal mismo, tolerando lo que aún no se comprende.

La tarea interpretativa se refiere siempre al “aquí y ahora”, teniendo en cuenta los movimientos transferenciales:

- del grupo tomado como objeto;
- del grupo en relación al terapeuta;
- individuales en relación al grupo y/o terapeuta.

En este contexto, es importante que la pareja de terapeutas puedan:

- Entablar una relación simétrica y de apoyo mutuo genuina entre ellos, que dé coherencia a las intervenciones verbales y lúdicas de ambos.
- Establecer una relación empática con los niños y revisar los sentimientos contratransferenciales que pudieran promover la repetición del vínculo que ellos tienen con el mundo externo o, su reverso, quedar presos de la identificación con el sufrimiento del niño.
- Captar e interpretar la fantasía inconsciente que sostiene a los diferentes momentos grupales dentro de una misma sesión y en el proceso global. El factor psicoterapéutico central que ofrece el grupo es la comunicación, puesto que en ella y sólo en ella, las experiencias cobran sentido y pueden ser interpretadas correctamente. Dicha interpretación incluye lo que se dice, lo que se hace, los silencios y la no acción; esta función es inherente a todos y cada uno de los integrantes del grupo. Torras de Beà (1996), retomando los conceptos de Bion (1974), señala la necesidad de estar alerta al funcionamiento de cada momento grupal a los efectos de observar de que

modo los supuestos básicos –inestables y cambiantes– interfieren o apoyan la función del grupo de trabajo.

- Ayudar a transformar la agresión en intercambios lúdicos. A modo de ejemplo citaremos cómo en una sesión los varones luchan a través del arrojar almohadones y luego tratan de alcanzar a las niñas con ellos; los terapeutas dicen *“recuerden que no duela... por qué no le ponemos mensajitos a estos almohadones para saber que quieren decir”*, (C) dice: *“este es el almohadón de las preguntas”* y (Gr) *“este es el de las respuestas”*. Algunos de los interrogantes que se formularon fueron: *¿por qué venís acá?, ¿por qué no te cortas el pelo?, ¿por qué te dejas pegar?...*
- Establecer una relación empática con los niños que les permita desarrollar sentimientos diferentes a los referidos por sus progenitores, en el momento de la consulta. Por ejemplo, en la entrevista de admisión la mamá de una de las niñas que integró el grupo (G) refirió el rechazo que sentía por la búsqueda constante de contacto físico de su hija (Gr). En el primer tiempo de tratamiento la niña buscaba activamente repetir esta relación con la terapeuta mujer quien genuinamente permitió su acercamiento con ternura. Después de un tiempo, era otra niña del grupo (P) quien con sus cosquillas la ayudaba a dejar su silla y comenzar a reírse, a jugar, a dibujar, a compartir con el grupo. Luego ya no fueron necesarias las cosquillas sólo con hablar alcanzaba. Tan importante es establecer esta relación empática, como el cuidado de no establecer rivalidad con las figuras paternas, en otras palabras atender a los sentimientos contratransferenciales con aquellos que pudieran interferir. Este ítem es central, porque sólo de este modo el niño podrá recibir el cuidado del terapeuta e identificarse con él, sin culpa.

Además, hemos podido observar que especialmente con niños menores de once años, se torna recomendable la presencia de una pareja terapéutica que pueda contener al grupo y atender las oscilaciones que se van presentando en la dinámica transferencial misma, en sus movimientos de búsqueda de una relación dual a una más grupal. En este sentido, tal como lo señala Abadi (1982), el desarrollo de la transferencia, lejos de ser inespecífica, es convocada por configuraciones concientes e inconcientes de los terapeutas. De este modo, la pareja de coordinadores estimula la recepción de proyecciones que refieren a las figuras parentales, más aún cuando se constituye como una pareja mixta (Taborda, 2005).

Al conformarse las parejas de terapeutas es importante que se tenga en cuenta las posibilidades que tienen de entablar una relación históricamente simétrica entre ellos. Cabe recordar, que resulta muy difícil revertir las fantasías que se ponen en juego al iniciar una relación. Por lo tanto, es conveniente que la pareja se constituya entre compañeros de formación y no entre formador-formado. Cuando la relación previa ha sido asimétrica, habitualmente uno de los coordinadores se convierte más bien en un observador participante, posicionado en un lugar intermedio.

En los estudios clínicos pilotos realizados por nuestro equipo de trabajo sobre el proceso terapéutico de tres grupos de niños, a partir del análisis de las sesiones filmadas (primera y última de cada mes) y de la técnica de supervisión de las supervisiones, hemos distinguido, al menos cuatro momentos claramente diferenciados:

1. De inicio caracterizado por fuertes fantasías persecutorias, inhibiciones lúdicas y tensión corporal. La comunicación es radial y denota grandes temores para vincularse con los otros, miedo a la muerte y a la locura. La tarea de los terapeutas es escuchar, contener el dolor psíquico y ayudar a descubrir que pueden compartirlo con sus compañeros. En este contexto, la utilización de técnicas auxiliares, como los tests mencionados, permite la recolección transferencial y facilita la externalización e interpretación de los conflictos intrapsíquicos que emergen y son proyectados en los momentos iniciales de la instancia grupal.
2. Paulatinamente, las inhibiciones disminuyen, la transferencia comienza a circular entre todos (pacientes y terapeutas) y cada uno de los integrantes. Es un momento grupal en el que en una misma sesión se oscila entre el agruparse o configurar parejas en lucha por el liderazgo y luego, antes de terminar la sesión, reunirse en un juego compartido.
3. La lucha por el liderazgo lleva al grupo a la expresión de la agresión. Las actividades se intercalan con acting-out, es necesario que estos últimos sean interrumpidos por los terapeutas ayudando a transformar la agresión en intercambios lúdicos y/o dar lugar a pensar en alternativas. En otras palabras, sostener la norma básica *“no dañarse ni dañar a otros”* es lo que permite la expresión de sentimientos persecutorios y depresivos.
4. En el momento de despedida por vacaciones y/o culminación del tratamiento se movilizan las fantasías y emociones en relación a sus propias historias de abandono, lo que posibilita trabajar en el *“aquí y ahora”* la angustia de separación.

El trabajo psicoterapéutico de grupo con niños, pone en relieve la necesidad de continuar investigando tanto sobre sus alcances terapéuticos en sí mismo como en la relevancia central que adquieren los pares en la constitución subjetiva. Desde este posicionamiento Rodolfo (2012, p. 68) nos dice:

*“Lo que alimenta y hace crecer espléndidamente esta red de lazos y atracciones entre pares es el jugar juntos. De ese rico tejido, surge un elemento tan esencial para la salud psíquica como el que nos hace sentir que pertenecemos a un grupo, al grupo de los humanos, la categoría del nosotros.*

### **Bibliografía**

- Abadi, M. (1982). *La transferencia*. Buenos Aires: Tekne
- Bion, W.R. (1963). *Aprendiendo de la Experiencia*. Londres. William Heinemann.
- Corominas, J.; Farré, L.; Martínez, M. y Camps, N. (1996). *Psicoterapia de grupo con niños. Una experiencia de psicoterapia psicoanalítica aplicada a la enuresis*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, A. (1997). *La inteligencia atrapada. Abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Privat, J. y Privat, P. (1987). D'une utilisation particulière du jeu en groupe. *Revue de Psychothérapie psychanalytique de Groupe*, 7-8). Erès. Toulouse.
- Rodolfo, R. (2012). *Cinco instancias de subjetivación en la infancia y niñez contemporáneas*. Capítulo 5. Vol I en Taborda y Leoz. *Extensiones Clínicas en Psicología Educativa*. San Luis. Nueva Editorial Universitaria. portal web <http://www.neu.unsl.edu.ar/>
- Taborda, A. y Abraham, M. (2004). Diagnóstico y recursos psicoterapéuticos de niños. *Revista de la Facultad de Ciencias Humanas, de UNSL. IDEA*. (46).
- Torras de Beà, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

## A modo de cierre

---

Los hijos son una invitación para deconstruir y reconstruir la compleja trama de la organización psíquica de los padres. Proponen nuevas oportunidades de elaboración y conjuntamente encienden los *retornos del objeto malo* que habitan el enredado tejido transgeneracional. Los síntomas van más allá de conflictos entre los deseos y las defensas, ellos responden a configuraciones relacionales conflictivas que encuentran formas de expresión indirectas, fuera de su lugar, disfrazadas y encubiertas.

Los grupos paralelos proporcionan una amplia diversidad de imágenes que permiten trascender la estructura individual y/o familiar cerrada en sí misma. Brindan un modelo exogámico donde cada integrante provee nuevos aportes y modelos vinculares que transforman las estructuras personales, estimulan la integración de diversos puntos de vista y -en la medida que se toleren las diferencias- promueve la elaboración de identificaciones primitivas, que tallan la transmisión transgeneracional. A nuestro entender, una de las fortalezas de las características exogámicas de este diseño terapéutico es el modo en que se cuida la relación asimétrica entre padres e hijos, al delinear dos espacios diferenciados (el grupo de padres y el grupo de hijo) y simultáneamente complementarios. Los estados regresivos y necesidades de dependencia infantil de los adultos pueden ser contenidos y trabajados sin interferir en la imagen de fortaleza que necesitan tener los hijos para poder crecer.