

en Clave Ψ a

Diciembre

Nº 12

2018



En Clave Psicoanalítica

Revista digital de AECPPNA

Dirección y Coordinación:

Iluminada Sánchez García
Freya Escarfullery

Ha colaborado en este número:

Andrea Souvirón Marugán

En Clave Psicoanalítica no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores de los trabajos.

RENOVACIONES...

Aecpna ha cumplido ya 21 años... mirando su trayectoria vemos las huellas de su recorrido en su consolidación desde los esfuerzos e ilusiones sumados en ese camino. Y va hacia su 22 aniversario con ánimos y energías de renovación.

Mejor decir renovaciones, en diferentes ámbitos, para seguir construyendo este lugar de referencia y pertenencia: revisión continua del Plan de Estudios, ampliación de los accesos a la formación a través de streaming, mejoras en la WEB, apertura de un blog, ampliación del área de la Asociación y de las ventajas de los socios, presencia actualizada en las redes sociales,...

En Clave Psicoanalítica sigue esa estela buscando ofrecer el acceso, también en esta ocasión, a un número rico en excelentes aportaciones y generosas colaboraciones que invitamos a compartir.

Nos podéis seguir en:

- Twitter: @psicoanalitica_
- Facebook: www.facebook.com/escuelapsicoanalitica
- Instagram: @aecpna
- LinkedIn: AECPNA-Asociación Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes
- En nuestra web: www.escuelapsicoanalitica.com

Contacto: enclavepsicoanalitica@gmail.com

Tel.: 91.770.21.92

ÍNDICE

1 ACTIVIDADES PERMANENTES DE AECPPA	5
2 ENTREVISTA	6
2.1 ENTREVISTA A NAHIR BONIFACINO* POR ANDREA SOUVIRÓN MARUGÁN**	6
3 ARTÍCULOS	10
3.1 RETRAIMIENTO SOSTENIDO. UN INDICADOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO TEMPRANO*. POR NAHIR BONIFACINO, ANDREA PLEVAK Y DORA MUSETTI**	10
3.2 REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE LA VIOLENCIA FILIOPARENTAL* POR CARMEN DE LA TORRE GORDO**	22
3.3 LA ANGUSTIA Y EL TIEMPO. POR JAVIER FRÈRE*	26
3.4 LOS SÍNTOMAS EN LA ACTUALIDAD. POR FRANCISCA CARRASCO*	33
3.5 ¿TODAVÍA EL PSICOANÁLISIS EN EL CAMPO DE LA SEXUACIÓN? POR ANA MARÍA SIGAL**	37
3.6. LA METÁFORA EDÍPICA. EL EDIPO FREUDIANO COMO MEDIADOR DE LA ENTRADA EN LA CULTURA. POR JUAN JOSÉ RUEDA*	47
4 PSICOANÁLISIS Y CULTURA (TEXTOS)	53
4.1 DIALOGANDO SOBRE LA CREENCIA. SUSANA KAHANE Y LYA TOURN*	53
5 PSICOANÁLISIS Y CULTURA (LIBROS)	60
5.1 IX JORNADAS DE INTERCAMBIO EN PSICOANÁLISIS. EL TRABAJO DEL ANALISTA. DIÁLOGOS SOBRE TÉCNICA PSICOANALÍTICA. GRADIVA. ASSOCIACIÓ D'ESTUDIS PSICOANALITICS. XOROÍ EDICIONS. 2018	60
5.2 PARENTALIDAD, PERINATALIDAD Y SALUD MENTAL EN LA PRIMERA INFANCIA. COORDS. ROQUE PREGO DORCA, MARGARITA ALCAMÍ PERTEJO Y ENCARNACIÓN MOLLEJO APARICIO. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. AEN DIGITAL. 2018	63
5.3 AMAR EN TIEMPOS DE INTERNET. ¿ME AMAS O ME FOLLOW? MARTINA BURDET. UNTERBAUM ED. 2018	74
5.4 COSAS QUE TU PSIQUIATRA NUNCA TE DIJO. OTRA MIRADA SOBRE LAS VERDADES DE LAS PSIQUIATRÍAS Y LAS PSICOLOGÍAS. JAVIER CARREÑO Y KEPA MATILLA. XOROÍ EDICIONS. (COLECCIÓN LA OTRA MIRADA). 2018	75
5.5 INFANCIAS. ENTRE ESPECTROS Y TRASTORNOS. GISELA UNTOIGLICH Y LIORA TAVCHANSKY. PARADISO ED. 2017.	77
6 PSICOANÁLISIS EN EL AULA	80
6.1 EL LUGAR DE LA ESCUELA INFANTIL EN LA SOCIEDAD*. POR ANDREA SOUVIRÓN MARUGÁN**	80

1 ACTIVIDADES PERMANENTES DE AECPNA

- Posgrado en Psicoanálisis con Niños, Adolescentes y Padres
- Módulos de Formación
- Sesiones Clínicas (entrada libre)
- Seminarios
- Conferencias
- Mesas Redondas
- Actividades gratuitas para socios
- **Ciclos:** Cada año bajo un tema monográfico. Se realizan en tres sábados.
- **Revista:** Nace con el propósito de acercarnos a otros profesionales y público en general interesado en el psicoanálisis.
- **Cine fórum:** Dentro del marco formativo de la Asociación Escuela, se realizan encuentros para la reflexión – desde una óptica psicoanalítica - sobre la infancia y la adolescencia a través de la narración cinematográfica.
- **Biblioteca Paula Mas:** Disponemos de un fondo bibliográfico de temas afines a la formación que imparte la Escuela, al que pueden tener acceso alumnos, profesores y socios. Damos las gracias a todos los que, a lo largo de los años, han hecho crecer el fondo con sus donaciones. Muchos han sido los donantes, y, de esas aportaciones, las más recientes han sido las de Susana Kahane y las de las bibliotecas personales de Bernardo Arensburg y Soledad Paris, donadas por sus familiares.
- **Centro Hans.** Red de profesionales para la investigación y atención psicoterapéutica de niños, adolescentes y padres. Colaboran: Nieves Pérez Adrados, Carmen de la Torre, Marlene García, Marian Rosales, Elena Traissac y Celia Bartolomé. Coordina Nieves Pérez Adrados
- **Paideia:** Es una asociación para la atención del menor en situación de riesgo, que ha implementado un dispositivo para la atención psicoterapéutica a menores, iniciado bajo la supervisión de Francisca Carrasco, y la colaboración con **AECPNA**. Los alumnos y socios de **AECPNA**, según su formación, podrán acceder a colaborar bajo supervisión. Actualmente están supervisados por Freya Escarfullery y Marjorie Gutiérrez y la coordinación de Nuria Sánchez-Grande.
- **Colaboración entre Instituciones:** **AECPNA** organiza dos jornadas anuales, una con **AMPP** y **ACIPPIA** y otra con **IEPPM** y **AMPP**. Son jornadas teórico clínicas que abordan temas de actualidad.

Para más información y actualización de todas las actividades, visite nuestra página Web

www.escuelapsicoanalitica.com, y redes    

Si desea recibir periódicamente información sobre estas actividades u otras, enviar un e-mail con el nombre y la dirección de correo electrónico a info@escuelapsicoanalitica.com

2 ENTREVISTA

2.1 ENTREVISTA A NAHIR BONIFACINO* POR ANDREA SOUVIRÓN MARUGÁN**

En Clave Ψ^a : Gracias por acceder a responder a estas preguntas, que sin duda son de gran valor en la transmisión de tu experiencia a todo aquel que pueda leerlas. Cualquier sugerencia será bienvenida. Allá vamos:

En Clave Ψ^a :- Podrías explicarnos cómo llegas al psicoanálisis y por qué decides especializarte en la clínica con niños.

Empecé a leer psicoanálisis en los primeros años de la universidad. Siendo estudiante de psicología tuve de docentes a un grupo de psicoanalistas muy valiosos en su profesión y también humanamente. Sus clases eran muy interesantes y además un espacio de reflexión y apertura, lo que no era habitual en un país que en esos tiempos vivía una dictadura militar. También en esa época una amiga de la facultad me invitó a integrar un grupo de estudio sobre las conferencias de Freud que estaba organizando Daniel Gil, un muy reconocido y querido psicoanalista uruguayo. Recuerdo que éramos las únicas estudiantes en ese grupo que funcionó durante dos años, en el que participaban profesionales que comentaban sobre sus experiencias clínicas, y todo eso me generaba una gran curiosidad y el deseo de saber más. A la vez empecé mi primer análisis. Fue una época de muchos descubrimientos.

En relación a la clínica de niños, diría que fue algo que se dio naturalmente. En mi familia había maestras y educadores, y los libros de psicología infantil siempre fueron parte de la biblioteca. Creo que se me transmitió cierta sensibilidad hacia los niños. Mientras estudiaba psicología trabajaba en un Jardín de Infantes, y también lo hice como Psicóloga una vez graduada. Observar el juego de los niños me resultaba muy atractivo y me iba generando el interés de profundizar en la comprensión del psiquismo infantil. Además, en Uruguay hay

una larga tradición de mujeres psicoanalistas de niños con una gran sensibilidad clínica, y una vez graduada tuve la oportunidad de ir formándome con ellas, primero en la lectura de algunos autores clásicos como Klein y Winnicott, y luego en seminarios clínicos y supervisiones. Todas esas instancias con Mercedes Garbarino, Vida Prego, y luego con Cristina López y Sonia Ilhenfeld, fueron muy estimulantes.

En Clave Ψ^a : El desarrollo de tu actividad profesional se da tanto en consulta privada como en diversas instituciones en relación con el cuidado de los más pequeños y en un marco interdisciplinar. Cómo se gesta tu interés por lo perinatal y qué valor ha tenido para ti este marco de trabajo compartido junto con otros profesionales.

Es cierto, siempre he trabajado en esas dos áreas y creo que en cada una me he visto enriquecida por la otra. Mi interés por lo perinatal comienza a partir de mi ingreso como psicóloga a una institución educativa que trabajaba con bebés, lo que coincidió además con el nacimiento de mi primer hijo, por lo que seguramente se debió a una combinación entre ambas cosas.

Esta institución atendía a más de cien bebés de 2 a 24 meses durante el horario de trabajo de sus padres, y muchos permanecían allí 8 o 9 horas diarias. ¡Era un enorme desafío! La institución era muy particular, porque ya en esos años de la década de 1990 además de maestras y educadoras, también trabajaban allí una pediatra y una nutricionista. Junto con estas dos profesionales y con la maestra directora de la institución, que era una persona muy abierta a nuevos conocimientos, conformamos un equipo que funcionó durante 15 años. Coincidíamos en que éticamente teníamos que ofrecer condiciones para la promoción de salud de los bebés, y desarrollamos nuestro trabajo con esa perspectiva. Entonces nos organizamos para

trabajar conjuntamente en la observación y el seguimiento de los bebés en las salas, en reuniones periódicas con las educadoras para reflexionar sobre el vínculo y las dificultades que se generaban con los bebés y los padres, en pensar el lugar de los padres en la institución en relación a las distintas edades de los bebés, en fin... eran múltiples los detalles de una tarea que resultaba tan interesante como compleja. El análisis de estas temáticas desde un abordaje interdisciplinario me significó un importante enriquecimiento personal y profesional. Además el desafío que me implicaba este trabajo me llevó a buscar mayor formación en Vínculo Temprano, y tuve la oportunidad de integrar un grupo de investigación sobre la temática que coordinaba Marina Altmann, una psicoanalista que es una referencia en Uruguay en esta área.

Otra etapa refiere a los últimos diez años, en los que mi trabajo en perinatalidad se ha dado mayormente en el marco de Centros Asistenciales de Salud Pública, con la capacitación y la coordinación de equipos de profesionales para trabajar en detección precoz de riesgo en el desarrollo emocional temprano y en promoción de la interacción padres-bebé desde las visitas pediátricas del recién nacido. En estas experiencias participan pediatras, médicos de familia, enfermeras, profesionales de salud mental y otros que atienden bebés y niños pequeños. En las reuniones de equipo se genera un clima muy interesante de intercambio de conocimientos y experiencias entre las distintas disciplinas, que implica un aporte para todos. Y además me parece importante transmitir a los profesionales que están más próximos al bebé y sus padres, aportes psicoanalíticos sobre el psiquismo temprano que llevan a generar mayores recursos para la prevención y el cuidado de la Salud Mental Infantil desde el Primer Nivel de Atención.

En Clave Ψ^a : Sabemos que eres entrenadora oficial de la Escala ADBB de Guedeney de Observación de bebés. ¿Podrías explicarnos cómo tomaste contacto con la Escala y en qué consiste su aplicación a grandes rasgos?

Escuché de ADBB por primera vez en un congreso en Brasil en 2005. Yo presentaba un trabajo sobre la atención de los bebés en la

institución educativa que mencionaba anteriormente y una psiquiatra infantil brasileña, Simone López, una persona encantadora que se había formado con Guedeney en París, presentó la validación de ADBB en Brasil. Para mí fue de un enorme impacto. Hacía tiempo que venía trabajando con las educadoras qué aspectos observar en los bebés para poder percibir sus señales de angustia o de sufrimiento, y de hecho la Escala ADBB se trata de eso. Simone me puso en contacto con Mónica Oliver, una psicoanalista argentina (y luego también una gran amiga), que muy generosamente me invitó a participar de la formación que Guedeney haría en Buenos Aires unos meses después. Y desde entonces me seguí formando con Guedeney en distintas instancias.

ADBB es una guía para la observación sistematizada del bebé con la finalidad de detectar un signo de riesgo muy importante en los primeros años de vida, que es el retraimiento infantil. El bebé va dando señales sutiles de dificultades en su disponibilidad para la interacción, lo cual remite a dificultades sostenidas en el vínculo madre-bebé, y esto es lo que la escala busca detectar para poder intervenir oportunamente. Me interesó el perfil clínico y dinámico de este instrumento. La escala propone dirigir la atención hacia determinados aspectos del bebé que son los mismos que tenemos en cuenta al recibir a un niño o a un paciente de cualquier edad en una situación clínica: la mirada, la expresión facial, los movimientos, las verbalizaciones, las iniciativas, las respuestas; y no se trata de una observación mecánica sino de ir dando sentido a lo que observamos. Es un instrumento muy útil para generar un diálogo entre profesionales de distintas disciplinas que trabajan con bebés, porque todos podemos observar si estamos formados para ello. Además, el abordaje que la escala propone, lleva a captar y reconocer una vida emocional del bebé, lo cual curiosamente a veces se pierde de vista en algunas disciplinas, sea en la salud o en la educación.

En Clave Ψ^a : A lo largo de todos estos años de observación, cómo valoras tu experiencia en la detección precoz de dificultades, qué te ha sorprendido y qué te ha aportado como psicoanalista.

La valoro muchísimo. Creo que me ha ido aportando mayor agudeza para la observación en el trabajo clínico, y no solamente en relación a las consultas de díadas madre-bebé. De hecho en el trabajo con tempranos o con niños que padecen trastornos graves, gran parte de los intercambios no pasan por la comunicación verbal sino más bien por canales no verbales, como las miradas, los gestos, las posturas físicas, las expresiones faciales. Entonces estar más atentos en la observación nos genera mayores recursos para entrar en contacto con el niño y nos permite percibir ciertas manifestaciones mínimas que pueden llevar a una mayor comprensión de sus vivencias y a una forma de comunicación. Es obvio que para un psicoanalista lo que observamos no es meramente un comportamiento sino que es manifestación de un estado emocional, de una intención, una iniciativa, una expectativa; en fin, lo observable siempre remite a una vida psíquica. Otro aporte muy importante refiere a la vivencia transferencial que supone la observación de la díada y a la intensidad de los afectos que se ponen en juego en ese escenario. Creo que son experiencias muy formativas para los psicoanalistas de niños, por lo menos así lo han sido para mí.

En cuanto a qué me ha sorprendido, diría que me impacta el efecto que puede alcanzar la detección precoz de dificultades en los primeros años de vida como primer nivel de intervención. Los bebés son muy susceptibles a los cambios del entorno, y así como pueden verse muy afectados por desencuentros sostenidos de la díada, cuando hay detección precoz y un trabajo que incluye a la madre o a los padres, para intentar reparar esos desencuentros, en poco tiempo pueden darse cambios muy favorables, que incluso a veces llegan a evitar en el bebé un posible camino hacia la patología. Esto lo he visto tanto en la práctica privada como en los seguimientos del bebé que realizamos con los equipos de salud a nivel de la visita pediátrica, y los cambios en el bebé y en los padres me resultan sorprendentes. En este sentido pienso que con pocos recursos a veces se puede lograr mucho. Claro que no siempre funciona y que hay situaciones que requieren de una intervención mayor y a otro nivel, pero cuando sucede es muy gratificante.

En Clave Ψ^a : La clínica perinatal es un campo clínico singular. Crees que se le presta la suficiente atención desde las distintas instituciones psicoanalíticas. ¿Cómo es en Uruguay?

Definitivamente no y es una lástima, porque la clínica perinatal refiere al psiquismo precoz y al camino hacia la subjetividad. Las experiencias tempranas del bebé impactan en su constitución psíquica favoreciendo o perjudicando procesos, y hay una historia de autores psicoanalíticos que han trabajado y trabajan en esta temática. Hasta donde conozco, algunas sociedades de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API) tienen la observación de bebés en sus seminarios de formación curricular para psicoanalistas de niños, pero no es el caso de Uruguay, donde si bien ha habido y hay colegas con interés en esta temática, el mismo ha surgido en función de iniciativas individuales. Incluso grupos de estudio o de trabajo en esta área que fueron organizados por psicoanalistas, han funcionado siempre por fuera de la institución, lo cual no deja de ser significativo. Recuerdo que hace un par de años, en el Área de Niños y Adolescentes de la Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL), donde en ese entonces participaba como delegada de mi sociedad, se planteó la idea de proponer un seminario curricular de Observación de Bebés como parte de la formación de los analistas de niños de la API, pero desconozco en qué ha quedado eso.

Por otro lado, también es cierto que algunos trabajos sobre esta temática que se han presentado en mi sociedad en los últimos años, han sido bien valorados y respaldados a nivel de la API. En lo personal, por ejemplo, en 2009 he recibido una beca de API y FEPAL para asistir a una formación en investigación psicoanalítica que se hacía en la Universidad de Londres, donde Peter Fonagy y Bob Emde fueron mis tutores y recibí de ellos importantes aportes para poder seguir adelante con mi trabajo en esta área. Luego también en dos ocasiones recibí dinero de IPA para realizar proyectos de investigación en el área perinatal e interdisciplinaria. Entonces, tal vez se trata de seguir buscando espacios institucionales para generar mayores desarrollos en la temática. Me consta también que la actual presidencia de IPA llevada adelante por Virginia Ungar, valora

mucho el trabajo en el área perinatal y en la comunidad, como lo ha manifestado hace unos meses en el último congreso de APU realizado en Montevideo.

En Clave Ψ^a : Nahir, con la perspectiva que te ha brindado la experiencia, qué mensaje le transmitirías a las nuevas generaciones de terapeutas que quieran dedicarse a la clínica infantil.

En primer lugar les transmitiría la importancia de la formación en sus distintas áreas: el análisis personal, el conocimiento teórico y las supervisiones clínicas. Las nuevas generaciones de terapeutas de niños tienen grandes desafíos por delante, porque en las últimas décadas ha habido cambios socio-culturales muy importantes que habrá que investigar de qué manera inciden en el psiquismo infantil y en nuestra práctica. Me refiero por un lado a las distintas configuraciones familiares, a la concepción de

género y al lugar del niño en la sociedad y en la cultura actual. También está el tema del material de juego, de la tecnología y su posible uso como vía de comunicación con el niño en la sesión, y además una cuestión mayor refiere a las consultas cada vez más frecuentes por niños de corta edad que padecen patologías graves. Todas estas son cuestiones muy actuales que requieren profundización y configuran un gran estímulo para las nuevas generaciones.

La clínica infantil es un área apasionante si uno está dispuesto a reflexionar sobre la experiencia, y para esto es muy importante no adscribirse a posturas dogmáticas ni asumir las teorías como verdades establecidas. El encuentro con cada niño nos deja nuevos aprendizajes. Desde mi punto de vista, lo más estimulante en esta tarea es el placer del descubrimiento cuando nos dejamos sorprender por la clínica y nos permitimos cuestionar nuestras teorías

ΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨ

***Sobre la Autora:** Nahir Bonifacino es Psicóloga, Psicoanalista y Psicoanalista de Niños y Adolescentes de la IPA, Miembro Asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Fue representante de su sociedad en el Comité de Niños y Adolescentes de la Federación Latinoamericana de Psicoanálisis. Recibió el Premio Rebeca Grinberg de la Asociación Psicoanalítica de Madrid en su primera edición 2017.

****Sobre la Entrevistadora:** Andrea Souvirón Marugán es psicóloga general sanitaria y psicoterapeuta acreditada por FEAP, docente de Aecpna, Secretaria de ASMI MADRID y miembro de la Junta directiva de ASMI-WAIMH (Asociación para la salud mental infantil desde la gestación), Miembro del Instituto de formación de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM), Posgrado en la Asociación Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes de Madrid (Aecpna), Máster en temas grupales en la Asociación Área 3.

Nota de En Clave Ψ^a : En este mismo número publicamos un artículo de Nahír Bonifacino con Andrea Plevak y Dora Musetti, referente a la Escala ADBB.

3 ARTÍCULOS

- **Nahir Bonifacino, Andrea Plevak y Dora Musetti:** “Retraimiento Sostenido. Un Indicador de riesgo en el desarrollo temprano”.
- **Carmen de la Torre:** “Reflexiones psicoanalíticas sobre la violencia filioparental”.
- **Javier Frère:** “Angustia y tiempo”.
- **Francisca Carrasco:** “El síntoma en la actualidad”.
- **Ana María Sigal:** “Todavía el psicoanálisis en el campo de la sexuación!”.
- **Juan José Rueda:** “La metáfora edípica. El Edipo freudiano como mediador de la entrada en la Cultura”.

3.1 RETRAIMIENTO SOSTENIDO. UN INDICADOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO TEMPRANO*. POR NAHIR BONIFACINO, ANDREA PLEVAK Y DORA MUSETTI**

Resumen.

Este estudio muestra los aportes de una herramienta para la vigilancia del desarrollo psico-emocional temprano, que puede ser incorporada a la práctica del pediatra en el Primer Nivel, favoreciendo una concepción integral del control de salud. Se realizó la detección precoz de indicadores de retraimiento durante la consulta pediátrica con la escala ADBB (Guedeney, 2001/2007) a 67 bebés entre 2 y 14 meses, filmados en cuatro visitas pediátricas durante el año 2010, en dos centros de salud pública. Se trabajó en dos líneas paralelas. Un pediatra con formación en ADBB desde el inicio del estudio realizó la consulta de 30 bebés, y en caso de detectar retraimiento realizó intervenciones orientadas a promover en los padres nuevos recursos en la relación temprana. Otros

37 bebés fueron atendidos en sus controles habituales por nueve pediatras, quienes fueron formados en ADBB y en la implementación de intervenciones, después de la segunda consulta video-filmada. Resultados: de los 37 bebés, 40% presentaban retraimiento en la primera evaluación, 57% en la segunda y después de la capacitación (tercera evaluación), el retraimiento bajó a 13%. En el grupo de 30

bebés, los porcentajes de retraimiento fueron: 7% en la primera evaluación, 13% en la segunda, 10% en la tercera, y 3% en la cuarta. Conclusión: una perspectiva interdisciplinaria que incluye el desarrollo emocional temprano y el uso de la escala ADBB en la consulta de control en salud, brinda mayores herramientas para realizar detecciones precoces e intervenciones oportunas desde la atención primaria, ganando en calidad de atención.

Palabras clave: *desarrollo emocional temprano, retraimiento, detección precoz, intervención, estudios interdisciplinarios.*

Introducción

Desde diversas disciplinas se ha venido investigando el impacto de las experiencias tempranas en el desarrollo del individuo (1-13), estudios recientes otorgan gran importancia a la incidencia de los factores epigenéticos en el despliegue de las capacidades potenciales. (14).

Observaciones video-filmadas de interacciones de díadas madres-bebés(1) y estudios de situaciones experimentales(9) han confirmado que desde muy temprano los bebés demuestran una importante sensibilidad en la interacción con sus figuras significativas, y que cuentan

con un repertorio limitado de reacciones antes situaciones que le resultan perturbadoras(1,12). Reacciones más activas que giran en torno a la protesta, cobran el sentido de un llamado hacia el adulto (llantos, gritos, despliegue motor); pero existe también una modalidad de reacción de menor actividad, que se manifiesta en una actitud de inhibición o retraimiento (12). Dentro del marco de las interacciones tempranas, el retraimiento ha sido considerado como un mecanismo natural de defensa que el bebé pone en juego precozmente para regular el nivel de estimulación que recibe de su entorno (1). Ante reiteradas experiencias perturbadoras, este mecanismo puede tornarse permanente en la modalidad relacional del bebé, configurándose en un retraimiento sostenido. En tales casos se generan interferencias en la capacidad de interacción del bebé o, en casos extremos, ésta llega a resultar inhibida. Estas situaciones comprometen siempre, en mayor o menor medida, el desarrollo emocional, motor, cognitivo y social del niño (12), y configuran un importante indicador de riesgo para el desarrollo.

El retraimiento sostenido se encuentra en la clínica de las grandes categorías psicopatológicas de la primera infancia: dificultades interactivas precoces, síndromes postraumáticos, depresión, ansiedad, cuadros del espectro autista, dificultades del apego, retraso del desarrollo, maltrato, abuso, dificultades sensoriales, etcétera (15). Se ha observado como consecuencia de factores orgánicos como enfermedad, malnutrición, dolor crónico o agudo y dificultades auditivas o visuales (12). También aparecen como indicadores de dificultades en la relación diádica (12) perturbaciones en el cuidado parental como maltrato, abuso o dificultades del apego (15), y como influencia de la depresión materna en la vida emocional infantil (12). Investigaciones más recientes asocian el retraimiento del bebé con la salud mental de los padres (16,17).

Recientes estudios aportan datos adicionales sobre las consecuencias del retraimiento sostenido en el desarrollo. En una población de 50 bebés australianos, se ha observado que aquellos que presentaban indicadores de retraimiento a los 6 meses de edad, y a quienes se les realizó un seguimiento sin ninguna intervención, dos años más tarde presentaban problemas sociales y cognitivos, así como dificultades en la adquisición del lenguaje (16).

El retraimiento aparece como una parte importante del repertorio comportamental del niño pequeño, y se trata de una señal de alarma que importa percibir tempranamente y no banalizar (12). Su instalación progresiva en la modalidad relacional del bebé hace que sus primeras expresiones sean de difícil detección y que pasen fácilmente desapercibidas en la clínica, si no se cuenta con un instrumento específico para esta finalidad, como lo es la escala ADBB (Alarme Détresse Bébé, Guedeney, 2001) (19,20).

En un estudio piloto realizado en Uruguay (2006 a 2009) aplicando la escala ADBB en 73 bebés entre 2 y 24 meses (Centro de Salud de la Costa y Jardín Maternal del Hospital Pereira Rossell), se encontró un importante número de bebés con diferente grado de retraimiento. Ante esta realidad se elaboraron intervenciones a ser realizadas en la propia consulta de control en salud, para mejorar la condición de los bebés. Luego de las intervenciones se realizó una nueva evaluación con ADBB y se constató que de 25% de bebés con indicadores de retraimiento sostenido en la 1ª evaluación, solamente 6% continuaron presentando algunas señales de retraimiento en la 2ª (21-23).

El presente estudio fue diseñado para evaluar en profundidad los beneficios de un abordaje interdisciplinario en atención primaria, que ofrezca a los pediatras capacitación en el desarrollo emocional infantil y en el uso de la escala ADBB, seguida por intervenciones apropiadas.

Objetivos

Objetivo general

Realizar la detección precoz de retraimiento en bebés entre 2 y 14 meses a través de la aplicación de la escala ADBB e implementar intervenciones en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos

1. Capacitar pediatras en la escala ADBB y en la implementación de intervenciones orientadas a generar en los padres nuevos recursos en el vínculo con el bebé.
2. Comparar la evaluación del bebé realizada por el pediatra, antes y después de la capacitación en ADBB.
3. Comparar la evolución del bebé cuando el pediatra tiene, y cuando no tiene formación en ADBB.
4. Investigar la evolución del bebé cuando es atendido desde los primeros momentos por un pediatra experto en ADBB.

Material y método

Participantes.

Este trabajo contó con la aprobación de la Comisión de Ética de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, y de las respectivas direcciones de los dos Centros de Salud Pública donde fue llevado a cabo (Centro de Salud de la Costa y Centro Coordinado del Cerro). Fueron evaluados, desde mayo de 2010 a abril de 2011 con ADBB, en cuatro tiempos, 95 bebés que recibían sus consultas pediátricas en dos Centros de Salud Pública del Área Metropolitana, Uruguay.

Se incluyó en el estudio a todos los bebés nacidos a término y sin patología perinatal, que acudieron a la consulta de control en salud con los pediatras implicados en el proyecto, y que tenían entre 2 y 6

meses durante los dos primeros meses del mismo. Se completó una ficha con datos personales y familiares de cada bebé.

De acuerdo a estándares éticos, los padres fueron invitados a participar en el proyecto y se les solicitó una autorización firmada para realizar el registro video-filmado de las consultas pediátricas preestablecidas, y para la posible utilización del material con fines científicos (entrenamiento). Todos los bebés que presentaran indicadores de retraimiento recibirían intervención.

Tres psicólogas obtuvieron los registros video-filmados de las consultas pediátricas de todos los bebés. Participaron en el proyecto diez pediatras, de los cuales sólo uno tenía formación en ADBB desde el comienzo de la experiencia. Los otros nueve –cuya participación fue de carácter voluntario– recibieron la capacitación propuesta luego de realizar la segunda consulta video-filmada de los bebés.

El estudio fue dirigido por una psicoanalista de niños y una psiquiatra infantil; ambas profesionales fueron capacitadas por el Dr. Guedeney para el uso de la escala ADBB, y cuentan con su autorización para trabajar con este instrumento y para capacitar a otros profesionales (grupo experto en ADBB).

Instrumento.

La escala ADBB es un instrumento sencillo, económico en tiempo y recursos, y accesible para diferentes profesionales de la salud luego de un breve entrenamiento. Es de fácil aplicación en una situación familiar para el bebé y sus padres, como lo es la consulta pediátrica. Constituye una guía para la observación del bebé, integrada por 8 ítems específicos para ser observados por el pediatra durante la consulta (expresión facial, contacto ocular, nivel general de actividad, gestos de auto-estimulación, vocalizaciones, vivacidad en la respuesta a la estimulación, capacidad de compromiso con la relación, capacidad del bebé de generar atracción). Cada ítem es codificado de 0 (sin señales de retraimiento) a 4 (retraimiento extremo), de cuya sumatoria se desprende el score

total, que dará lugar a tres rangos: 0 a 4 significa sin retraimiento; 5 a 10 retraimiento leve y más de 10 corresponde a un retraimiento severo (19).

Procedimiento.

Se realizó un estudio de tipo longitudinal prospectivo, observacional y descriptivo, con una muestra por conveniencia de dos centros de salud con atención pediátrica, asegurándose la similitud de ambas poblaciones para estudiarlas en conjunto. Se realizó un registro video-filmado de 95 bebés, entre 2 y 14 meses de edad en cuatro tiempos preestablecidos durante los diez primeros minutos de la consulta pediátrica de control en salud, lo cual es el tiempo requerido para la evaluación con la escala ADBB.

La 1ª filmación se realizó con bebés de 2 y 6 meses, la 2ª filmación fue realizada dos meses después, cuando los bebés tenían entre 4 y 8 meses; la 3ª fue realizada tres meses después de la segunda y luego de la formación propuesta a los pediatras; y la 4ª filmación, fue realizada tres meses después de la tercera, con los bebés entre 9 y 14 meses de edad.

Se trabajó en dos caminos paralelos. Por un lado, el pediatra que tenía formación en ADBB desde el inicio del estudio, utilizaba este instrumento en sus consultas desde el comienzo de la experiencia. En los bebés en los que detectaba retraimiento – luego de descartados los factores orgánicos- realizaba intervenciones en función de los resultados obtenidos en la escala. Los otros nueve pediatras, que no contaban con formación en ADBB al inicio,

realizaron en las dos primeras consultas, sus procedimientos habituales de control en salud, y registraron en las historias clínicas los datos que consideraban relevantes acerca del estado de salud del bebé. Esta metodología tuvo la finalidad de obtener una línea de base en relación a los recursos con que contaba el pediatra en su formación tradicional, para la detección de retraimiento como factor de riesgo en el desarrollo emocional.

Cinco meses después del inicio del proyecto, y luego de la segunda consulta video-filmada de los bebés, estos profesionales recibieron formación en un abordaje psicoanalítico del desarrollo emocional temprano y en la escala ADBB. En forma complementaria, se brindó recursos a los pediatras para implementar intervenciones sencillas, a ser realizadas durante las siguientes consultas de los bebés en los que eran detectados indicadores de retraimiento, y una vez descartadas posibles causas orgánicas del mismo. Estas intervenciones eran realizadas en función de los resultados obtenidos en la escala, y estaban orientadas a generar en los padres mayores recursos en el vínculo con el bebé (cuadro 1). Luego de finalizada la capacitación, utilizaron este instrumento para la evaluación del bebé a través de los registros video-filmados de las cuatro consultas de control en salud. En cada centro de salud, se mantuvieron reuniones mensuales con los respectivos equipos de pediatras y con las psicólogas que llevaron a cabo las filmaciones. En estos encuentros los pediatras realizaban en forma personal sus propias evaluaciones de los bebés con ADBB, desde las primeras consultas video-filmadas

Tabla 1 Jornada de formación en la escala ADBB:

Capacitación en:

- 1) - Desarrollo emocional temprano.
- 2) - Deprivación afectiva y sus consecuencias.
- 3) - Retraimiento como síntoma indicador de riesgo en el desarrollo emocional.
- 4) - Detección de indicadores de retraimiento en bebés de 2 a 24 meses, mediante el uso de la Escala ADBB

Intervenciones realizadas:

- 1)- Señalar las capacidades que el bebé despliega.
- 2) - Dirigir la atención de los padres hacia las iniciativas del bebé.
- 3)- Identificar y transmitir a los padres los gestos del bebé que iban dirigidos hacia una búsqueda de contacto con ellos.
- 4)- Promover los intercambios verbales con el bebé, en los casos en que las expresiones verbales estaban descendidas o eran inexistentes.
- 5)- Derivar a las madres deprimidas, solas y/o sin contención familiar a los Centros Comunitarios de Atención a la Infancia y Familia (CAIF) para participar de los Talleres Semanales madre-bebé de Estimulación Oportuna.

Recolección de datos.

Se realizó un estudio de las características de la población a partir de los datos personales y familiares de cada bebé, que fueran registrados en las fichas. Cuando fue posible los 95 bebés que participaron de la experiencia fueron evaluados con ADBB en cuatro tiempos, con dos unidades de evaluación: 1) la efectuada por los propios pediatras, y 2) la realizada por el grupo experto en ADBB (psicoanalista de niños y una psiquiatra infantil).

Se realizó un análisis estadístico con variables cualitativas y continuas de forma tabulada en tablas de frecuencias. En el caso de variables continuas se presentan además medidas de resumen. Para el estudio de asociación entre variables se utilizó test de Chi Cuadrado o exacto de Fisher en los casos que fuese necesario. Para el estudio

de diferencias entre los distintos tiempos de filmación en relación a la escala en uso, se utilizó test de Wilcoxon. La búsqueda de diferencia estadísticamente significativa entre variables continuas se realizó mediante test de t de Student para muestras dependientes. En todos los casos el umbral de significación estadística correspondió a un $\alpha = 0.05$.

Resultados

De la población inicial de 95 bebés que comenzaron el estudio, 67 completaron al menos tres consultas video-filmadas y fueron incluidos en el estudio estadístico. Estos bebés fueron divididos en dos grupos: A) Grupo de bebés asistido por los pediatras sin capacitación en ADBB al inicio y B) Grupo de bebés que eran atendidos por el pediatra experto en ADBB desde el inicio.

En el estudio de las características de las poblaciones, no se encontró diferencias estadísticamente significativas, lo que permitió realizar los análisis correspondientes (tabla 2)

Tabla 2. Descripción de las características de los 67 bebés que completaron el estudio en el Centro Coordinador del Cerro y Centro de Salud Ciudad de la Costa (mayo 2010-abril 2011).

	Pediatras sin capacitación	Pediatra con capacitación
Primer o segundo hijo	72.9%	80%
Peso al nacer (gramos)	3228 ± 81g	3208 ± 114g
Edad gestacional (semanas)	39.3 ± 0.2	38.7 ± 0.3
Edad materna (años)	26.4 ± 1.2	26.5 ± 1.3
Edad paterna (años)	30.2 ± 1.5	31.4 ± 1.6
Estudios terciarios incompletos	-----	3.3% madres
Estudios técnicos	8.6% madres 9.1% padres	16.7% madres 6.7% padres
Secundaria incompleta	60.0% madres 33.3% padres	26.7% madres 10.0% padres
Primaria completa	17% madres 36.4% padres	26.7% madres 10.0% padres
Primaria incompleta	5.7% madres 15.2% padres	----- 6.7% padres
Actividad laboral	21.6% madres 81.1% padres	13.35 madres 96.7% padres
Viven con padres biológicos	81.1%	83.3%
Madre soltera	8.6%	-----
Padres separados	5.7%	16.7%
Concurre a guardería	17.6%	3.3%

A). En el grupo de bebés asistido por los pediatras sin capacitación en ADBB al inicio, 37 bebés fueron evaluados en tres tiempo durante un año, 49% (18) provenían del Centro de Salud del Cerro, y el restante 51% (19) del Centro de Salud de la Costa. 73% (27) fueron de sexo masculino, existiendo una razón de 2.7 varones

por niña. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la variable sexo según el centro de procedencia, valor $p = 0.151$. La información en relación a la edad de los niños en meses y el número de niños estudiados prospectivamente, a la fecha de cada filmación se muestra en la tabla 3.

Tabla 3

	N	Media ± EE	Mín.	Máx.
1ª filmación	37	3.7 ± 0.2	1.2	5.2
2ª filmación	37	5.9 ± 0.2	3.3	8.1
3ª filmación	37	9.7 ± 0.4	5.3	14.0

Antes de la formación en ADBB y de acuerdo a lo registrado en las historias clínicas, sólo dos de los 37 bebés, fueron considerados por los pediatras en una situación de riesgo. Ambos bebés fueron derivados a los centros comunales de atención a la infancia y la familia (CAIF) para participar de talleres madres – bebés. En los dos casos, los expertos en ADBB detectaron retraimiento severo. Luego de recibir formación en ADBB, los pediatras detectaron en esta misma población, 3 niños con retraimiento severo y 12 con retraimiento leve, a través de la observación del registro filmado de las consultas. Los restantes 22 niños no presentaban indicadores de retraimiento, ni para los pediatras recién capacitados, ni para los expertos. Puede establecerse una diferencia estadísticamente significativa entre el hecho de recibir formación en la escala y la detección de retraimiento (valor $p = 0.001$).

El estudio longitudinal de este grupo de bebés fue realizado hasta la 3ª consulta. La 4ª y última evaluación propuesta, sólo pudo ser realizada a 20 de los 37 bebés, por lo cual no fue incluida en el estudio estadístico. En los tres registros video-filmados, tanto los expertos en ADBB como los pediatras recién formados clasificaron de igual forma a los bebés en cuanto a las franjas de: sin retraimiento (score 0 – 4), retraimiento leve (score 5 – 10), ó retraimiento severo (score > 10); no existiendo diferencias

estadísticamente significativas entre el pediatra luego de recibir formación en la escala y el experto en ADBB (valor $p = 0.260$ en la 1ª evaluación, valor $p = 0.417$ en la 2ª, y valor $p = 0.417$ en la 3ª). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según centro de salud en relación al número de bebés en cada categoría de diagnóstico (valor $p = 0.505$ en la 1ª filmación, valor $p = 0.485$ en la 2ª y valor $p = 0.677$ en la 3ª).

En la 1ª filmación, 60% (22) de los 37 bebés no presentaba retraimiento, 32% (12) presentó retraimiento leve, y 8% (3) presentó retraimiento severo. En la 2ª filmación, los bebés sin retraimiento bajaron a 43% (16), y en cambio se incrementó a 52% (19) el número de bebés con retraimiento leve. El restante 5% (2) de los bebés, presentó retraimiento severo. Sin embargo, en la 3ª filmación – luego de la capacitación y de las intervenciones - del total de 37 bebés, 87% (32) no presentaron retraimiento, y el otro 13% (5) presentó retraimiento leve (figura 1).

B) En el grupo de bebés que eran atendidos por el pediatra experto en ADBB desde el inicio, fueron evaluados 30 bebés en cuatro tiempos durante un año, todos provenientes del Centro de Salud de la Costa.

Las edades de los bebés en las 4 filmaciones realizadas se ven en la tabla 4.

Tabla 4

	1ª. filmación	2ª. filmación	3ª. filmación	4ª. Filmación
Media $\pm$ EE (meses)	3.2 $\pm$ 0.2	5.5 $\pm$ 0.2	7.7 $\pm$ 0.3	9.8 $\pm$ 0.3
Mínima edad en meses	2,00	4,00	5,2	7,2
Máxima edad en meses	5,3	8,1	11,0	12,2

El pediatra experto en ADBB detectó 7% de retraimiento leve en la 1ª filmación, 13% en la 2ª; 10% en la 3ª, y 3% en la 4ª. Se destaca la ausencia de retraimiento severo (figura 2).

En la comparación del comportamiento de ambos grupos de bebés a lo largo de las diversas evaluaciones, existe una diferencia estadísticamente significativa para los tres rangos

de retraimiento en la 1ª filmación (valor $p=0.006$) y en la 2ª (valor $p=0.001$). Sin embargo, en la 3ª evaluación, que fue realizada en forma posterior a la capacitación de los pediatras y luego de las intervenciones de los mismos durante las siguientes consultas de control en salud, ambos grupos de bebés alcanzan un comportamiento similar y no se observan diferencias estadísticas entre ellos (valor $p=0.480$) (figura 3).

Discusión.

La escala ADBB ha sido primeramente validada en Francia, en el año 2001 (19) y luego en diversos países europeos y sudamericanos, en los que se está utilizando con fines de investigación y detección e intervención precoz (14, 17-21). Tiene una sensibilidad de 82% y una especificidad de 78%, con una buena coherencia interna (Cronbach es 0.83) (17).

Existe una diferencia significativa en la habilidad de los pediatras para detectar retraimiento, en forma previa y posterior a la formación propuesta. Se observó que en la consulta tradicional, el retraimiento puede ser detectado por el pediatra sólo si se presenta en forma evidente, lo cual estaría implicando ya un retraimiento severo (score > 10 en ADBB), con mayor riesgo para la salud infantil. Sin embargo, las primeras manifestaciones de retraimiento (score 5–10 en ADBB) suelen pasar desapercibidas en la consulta pediátrica tradicional, lo cual no permite intervenir precozmente. Además, las dos primeras evaluaciones de los 37 bebés atendidos por los pediatras sin ADBB al inicio, muestran que cuando no hay posibilidad de detección precoz, el porcentaje de bebés con retraimiento tiende a aumentar. Dado que los bebés participantes del estudio se encontraban en buenas condiciones de desarrollo físico, es posible considerar que el retraimiento tuviera su origen en causas relacionales y de orden emocional, que remiten a desencuentros o dificultades en las interacciones tempranas.

La 3ª evaluación de estos bebés, realizada tres meses después de la segunda, muestra el impacto de la capacitación del pediatra en la condición de salud de los mismos: a) se evidencia un descenso muy significativo de porcentaje de retraimiento, y b) el efecto positivo alcanza también a los bebés que tenían retraimiento severo, en los que se logró una mejora parcial, pasando éstos a presentar retraimiento leve. Se observa que cuando el pediatra tiene herramientas para la detección precoz de dificultades en el desarrollo temprano y para la intervención oportuna en la propia consulta de control en salud, puede generar acciones tendientes a revertir la situación, antes de que ésta configure un cuadro patológico. Entendemos que dadas las condiciones de plasticidad y permeabilidad hacia la influencia de factores epigenéticos y relacionales del primer año de vida, las intervenciones que apuntaban a generar nuevos intercambios en el vínculo padres-bebé, pudieron promover cambios positivos en la condición de salud del mismo.

En el grupo paralelo de bebés atendidos por el pediatra experto en ADBB desde el inicio, el porcentaje de los bebés con retraimiento es reducido y corresponden todos a un retraimiento leve. Este dato puede ser interpretado por la aleatoriedad en la elección de la muestra o debido a la formación del pediatra, quien desde la primera consulta contaba con la capacitación necesaria para detectar retraimiento, e intervenir en función del mismo. Si bien estadísticamente no puede realizarse una diferenciación entre ambas posibilidades, tendemos a considerar que la formación en ADBB habilitaba a este profesional para trabajar con el bebé y sus padres en promoción de salud, incluso desde las consultas previas al estudio. De acuerdo con esta hipótesis, un dato importante de este grupo de bebés, es la ausencia de retraimiento severo.

En la comparación del comportamiento de ambos grupos de bebés, se encuentran diferencias significativas en el porcentaje de retraimiento detectado en las dos primeras evaluaciones. Sin embargo, es interesante observar que cuando los

pediatras reciben la formación, logran revertir esta situación; y en la 3ª evaluación ambas poblaciones de bebés se emparejan y alcanzan similares porcentajes de retraimiento. Al no contar con la 4ª evaluación de los 37 bebés de los pediatras sin formación al inicio, no estamos en condiciones de evaluar la permanencia de los efectos positivos de la intervención en este grupo. En cambio, sí es posible realizar esta observación en el grupo de bebés del pediatra experto, en los que se evidencia una importante tendencia hacia la salud.

Este trabajo cuenta con las siguientes limitaciones:

- 1) A medida que pasaban las intervenciones disminuía el número de niños, lo cual fue en desmedro del rigor estadístico. A pesar de los distintos recursos puestos en juego, y de la participación de un plan específico para captar a los bebés que no eran llevados a la consulta pediátrica (Plan Aduana), estas familias no pudieron ser localizadas para continuar en el estudio.
- 2) Licencias y huelgas en el sector de la salud, que implicaban a los pediatras o a funcionarios administrativos que asignaban las horas de consulta, interfirieron en la regularidad para realizar las filmaciones de acuerdo a lo previsto.

No conocemos la existencia de estudios similares, de capacitación a pediatras con ADBB, y de medición del impacto de esta formación en la salud infantil. Tampoco conocemos estudios longitudinales en que ADBB haya sido como en este caso, utilizada como herramienta de screening para la intervención en el primer nivel de atención. Estas situaciones no nos permiten realizar análisis comparativos con otras investigaciones en estos aspectos. (21-28)

Conclusiones.

El estudio muestra que la perspectiva que proponemos con el uso de la escala ADBB en la consulta de control en salud, amplía la visión de los pediatras, y los beneficia para la detección de indicadores de retraimiento en el desarrollo temprano y para realizar intervenciones sencillas, tendientes a generar en los padres nuevos recursos en el vínculo con su bebé. Al mismo tiempo, este trabajo lleva a un reconocimiento de la importancia de la formación del pediatra en una perspectiva más integradora de la salud infantil, para trabajar en programas de detección e intervención precoz, y de promoción de salud en el Primer Nivel de Atención.

Reconocimientos: Agradecemos las contribuciones de los docentes y participantes en el 15th Research Training Program, que tuvo lugar en el University College London, en Agosto del 2009. Este estudio fue posible con el apoyo económico de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) y de la Asociación para la promoción del apego (APRA). Valoramos las ideas de la *Psicoanalista Marina Altmann* en la primera etapa del proyecto, la confianza del *Dr. Andrés Neves* y de la *Dra. Nelly Lugullo*, directores de los Centros de Salud en los que se llevó a cabo la experiencia, y el compromiso de los pediatras *Karla La Rocca, Giovanna Gonella, Virginia Flores, Claudia Caramori, Dinorah Nemetchek, Lilián Dorsi, Luis Pereira, Andrea Harreche, Miriam Antomil. María José Alcántara, Paula Miños y Lorena Valdéz* fueron las psicólogas que trabajaron en la filmación de las consultas pediátricas. Extendemos un especial agradecimiento a la participación de los bebés y a sus padres.

Referencias bibliográficas

- 1) Brazelton T. Early mother-infant reciprocity in parent-infant interaction. *Infant Behavior and Development*. Elsevier Scientific Publishing. 1975; 33 : 137- 54.
- 2) Bowlby J. *Attachment and Loss*. New York: Basic Books, 1969.
- 3) Bowlby J. *Attachment and Lost: retrospect and prospect*. *Am. J. Orthopsychiatr* 1982; 52 (4): 664-678.
- 4) Emde RN, Gaensbauer TJ, Harmon RJ). Emotional expression in infancy; a biobehavioral study. *Psychol Issues*. 1976; 10(01):1-200.
- 5) Fonagy, P. Target, M. *Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity*. *Int J Psychoanal* 2007; 88:917-37
- 6) Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press, 2002: Cap 1 23-64
- 7) Guedeney A. From early withdrawal reaction to infant depression: a baby alone does exist. *Infant Ment Health J*. 1997; 18(4):339-49.
- 8) STERN D. *THE INTERPERSONAL WORLD OF THE INFANT. : A VIEW FROM PSYCHOANALYSIS AND DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY*. BASIC BOOKS. NUEVA YORK. 1985.
- 9) Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton T.B. The infant response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J Am Acad Child Psychiatr*. 1978; 17(1) :1-13.
- 10) Winnicott, D. *The theory of parent – infant relationship. The maturational processes and the facilitating environment*. Ed. Laia. Barcelona.1960
- 11) Lejarraga H. *Desarrollo del niño en contexto*. Buenos Aires : Paidós, 2008.
- 12) Guedeney A, Vermillard M. L ´echelle ADBB; intérêt en Recherche et en Clinique de l evaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. *Médecine et Enfance*. 2004; 20(11): 364-371.
- 13) Guédeney A, Bedock P, Dugravier R, Horreard AS, Isnard P. Le développement psychologique normal et ses troubles dans l'enfance et l'adolescence. *Service de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescent*. Paris: Hospital Bichat-Cluade Bernard. Faculté de Médecine Xavier Bichat. 2007.
- 14) Barbeito L. Influencia del ambiente relacional y nutricional en el desarrollo. *Anf. de Psiquiatría CHPR* 7/5/13
- 15) Guedeney A, Foucault C, Bougen E, Larroque B, Mentré F. Screening for risk factors of relational withdrawal behavior in infants aged 14-18 months. *J Europsy* 2007; 23(2): 150-155.
- 16) Figueredo B, Costa R. Estudo de validação da Versão portuguesa de Alarm Distress Baby Scale. *Acta Pediatr Port* 2008; 39(5):183-9.
- 17) Lanzi RG, Ramey SL, Bert SC. The parenting responsibility and emotional preparedness (PREP) screening tool: a 3-item screen that identifies teen mothers at high risk for non optimal parenting. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012; 166(8):749-55.
- 18) Milne L, Greenway P, Guedeney A, Larroque B. Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behav Dev* 2009; 32(2): 159-66.
- 19) Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the Alarm Baby Distress Scale. *Infant Ment Health J*. 2001; 22(5): 559-575
- 20) Alarm Distress Baby Scale: the ADBB scale. Disponible en: <http://www.adbb.net/gb-intro.html>. [Consulta: febrero 2006].
- 21) Bonifacino N, Musetti D, Hackenbruk K, Schelotto M, Fostell M, Pereira MJ. La escala ADBB y sus potencialidades. *Rev. APPIA* 2007; 16:41-48

- 22) Bonifacino, N., Musetti, D., Plevak, A. (2011). The pediatric consultation: a first step into infant mental health. *Devenir* 2011; 23 (2):117-127.
- 23) Plevak, A., Schelotto, M., Bonifacino, N., Musetti, D. (2012) Consulta pediátrica en la primera infancia: una oportunidad para la detección de indicadores de riesgo en el desarrollo emocional. Experiencia de tamizaje e intervención precoz. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 83(2): 25-30.
- 24) Tizón J, Izquierdo A, Nadal D. Traducción y re traducción al castellano de la escala ADBB. Unitat de Salut Mental de Sant Martí Nord. Institut Català de la Salut. Barcelona 2002.
- 25) Oliver M. Diagnóstico precoz en salud mental pediátrica. Retracción relacional en los primeros años de vida [en línea] *Rev UAI* 2010
- 26) http://issuu.com/vaneduc/docs/revista_uai_noviembre_2010_oliver [consulta 30 jun 2011]
- 27) Facuri-Lopes S, Ricas J, Mancini MC. Evaluations of the psychometricsproperties of the Alarm Distress Baby Scale among 122 Brazilian Children. *Infant Ment Health J* 2008; 29(2): 153-173.
- 28) Puura, K; Guedeney, A; Mäntymaa, M; Tamminen, T. Detecting infants in need: Are complicated measures really necessary?_ *Infant Mental Health Journal* 2007Agost; 28 (4): 409 – 421
- 29) Guedeney A, Marchand-Martin L, Cote SJ, Larroque B; EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Perinatal risk factors and social withdrawal behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Apr; 21(4):185-91.
- 30) Guedeney A, Matthey S, Puura K. Social withdrawal behavior in infancy: a history of the concept and a review of published studies using The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Ment Health J* 2013; 34(6):516-31.

Figura 1

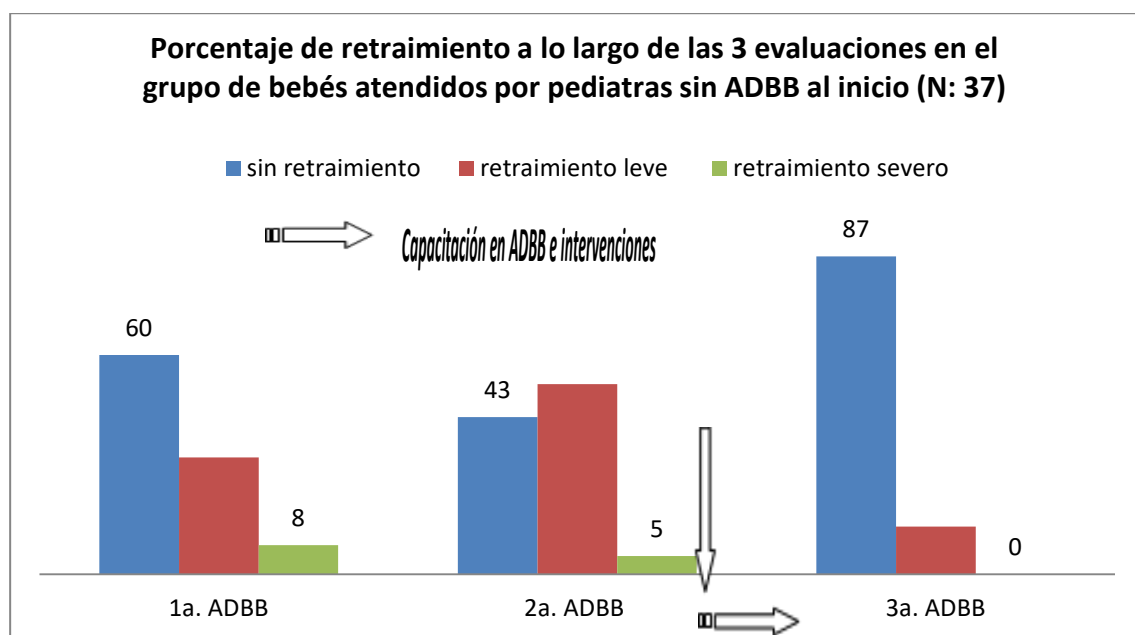


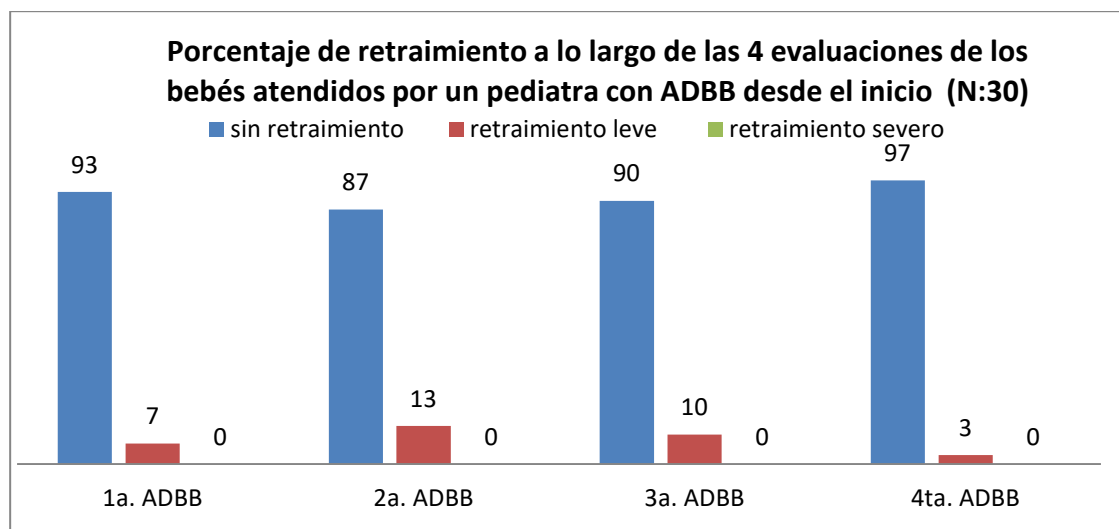
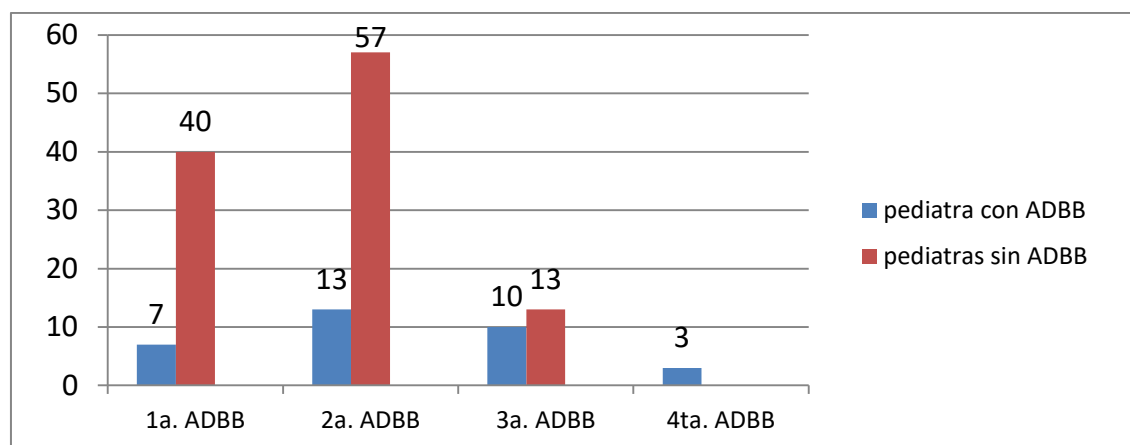
Figura 2

Figura 3: Porcentaje comparativo de retraimiento en diferente grado entre los grupos de bebés atendidos por pediatras con y sin ADBB desde el inicio.



Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

*Este artículo fue publicado originalmente en el Volumen 85 de Archivos de Pediaría del Uruguay, en 2014.

****Sobre las Autoras:**

1. Nahir Bonifacino es Psicóloga, Psicoanalista de niños
2. Dra. Andrea Plevack es Pediatra del Centro de Salud Ciudad de la Costa
3. Dra. Dora Musetti es Pediatra, Psiquiatra Infantil

Nota de En Clave Ψ^a : En este mismo número publicamos una entrevista a Nahír Bonifacio, por nuestra colaboradora Andrea Souvirón

3.2 REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE LA VIOLENCIA FILIOPARENTAL*

POR CARMEN DE LA TORRE GORDO**

El número de llamadas realizadas por madres y padres a las comisarías de policía por las agresiones de sus hijos, está aumentando en los últimos años, requiriendo intervenciones policiales de urgencia en los domicilios. La edad de los chicos protagonistas de estas agresiones oscila entre los 14 y 17 años.

Además, estos chicos o chicas con frecuencia, fracasan en los estudios, son absentistas, abandonan la escolarización precozmente, practican conductas sexuales de riesgo grave y no atienden a ningún tipo de norma, es decir se comportan de acuerdo al principio del placer.

Los padres relatan los problemas como situaciones sin salida, en la que el hijo se comporta de ese modo porque quiere y no se atiene a razones. Los límites y castigos no solo no funcionan si no que pueden llegar a desencadenar situaciones de verdadera violencia.

¿Qué aporta el psicoanálisis a esta problemática? A través del análisis de las entrevistas con los padres y con los hijos, desde el psicoanálisis se entiende la violencia filio parental estrechamente relacionada con funciones parentales deficitarias; la función paterna que limita, ordena y protege integrada en la función materna, falla y priva al hijo del sostén, del espacio psíquico y de las identificaciones suficientes, para poder crecer. Su constitución como sujeto queda entonces a la suerte de su deseo e impulsividad en búsqueda de descarga y satisfacción inmediata, dando lugar a episodios violentos hacia fuera, pero también a otro tipo de violencia interna del adolescente que vive atormentado y atrapado en el caos, la confusión y el desamparo.

Voy a intentar desarrollar el contenido teórico de esta formulación e ilustrarlas con material clínico.

El bebe humano ya antes de nacer está inscrito en una estructura social: la familia. Nace con un cuerpo y una psique precaria pero propia y se estructura como sujeto en una combinación entre lo interno subjetivo y lo externo intersubjetivo, donde es necesario el desarrollo de dos funciones esenciales: **La función materna** y la **función paterna**, que tradicionalmente sostienen los padres pero que pueden ser desempeñadas de otros múltiples modos.

La función materna inviste narcisísticamente al bebé y le da un lugar privilegiado, formando una díada madre-bebe única y necesaria, durante un tiempo, que permite a la madre (o quien ejerza la función) la satisfacción de las necesidades y deseos del recién nacido. La función paterna en este primer momento, es ejercida de manera velada, tiene la misión fundamental de proteger a la madre y el bebe, y de que esta primera investidura materna del bebe se desarrolle bajo el amparo, cuidado y protección del padre, o quién ejerza la función. Esta dinámica inconsciente genera bienestar a todo el grupo familiar.

Pero esta unidad narcisista madre-hijo, alcanza un desarrollo óptimo, y va finalizando en la medida en que el bebe tiene su primera experiencia de unidad, separado de la madre (estadio del espejo) La función materna continúa su función cediendo la unidad narcisista formada y nombrando a su hijo como diferente, en su deseo de crecer. La madre lo acompaña y lo calma en su crecimiento y en sus cambios ofreciéndole todo un universo fantasmático del que el hijo se va nutriendo. Esto supone afron-

tar un duelo de separación de la unidad narcisista inicial. Es necesario en este proceso que la función paterna regule y ordene esta separación que garantiza el reconocimiento del bebe, como un otro diferenciado, con cuerpo y deseos propios en desarrollo, sostenido en un vínculo de gran dependencia con la madre.

Es vital para el hijo, que los padres en el ejercicio de sus funciones invistan el proceso de crecimiento y cambio con continuidad, construyendo una historia que asegura, que el hijo sigue siendo él, a pesar de los cambios. Pero es el hijo quien a través de su propias teorías infantiles con las que afronta sus descubrimientos, va construyendo su propia historia en silencio. Llegada la pubertad, los cambios corporales sorprenden. Tales cambios generan fuertes crisis de identidad tanto en el hijo como en los padres, que los confrontan a la castración, y que solo pueden combatirse dando significado psicológico. Son cambios irreversibles, que suponen pérdidas, en el hijo de lo infantil. La contención y el acompañamiento que supone la función materna integrada con la firmeza de la ley revelada y sostenida por la función paterna, vuelven a ser vitales para que el adolescente pueda afrontar la angustia y el placer que supone finalizar el proceso de individuación y sexualización, y finalmente pueda aprehender y contar su propia historia.

Piera Aulagnier escribe que el yo *“aprende bien pronto, que solo puede escribirse en colaboración con otro autor”*.

La madre de R de 14 años cuenta en las primeras entrevistas: *“En casa vivimos R y yo, pero no desde hace mucho tiempo, solo desde hace 6 meses. La situación en casa es mala, no hay diálogo, no sé con quién va, no me contesta a nada...yo creo que me comporto correctamente. Todo el curso pasado, tuvo mal comportamiento, no respetaba a los compañeros, ni profesores,...le han intentado ayudar en el IES, ella aparentemente lo admite pero luego repite su mal comportamiento...ha sido*

sancionada y expulsada,... le dio un ataque de agresividad, empezó a amenazar y a insultar, perdió el control.

Antes de que empezara con este comportamiento, siempre venía conmigo a todas partes, no nos hemos separado nunca..., no se ha tomado mucho interés por los estudios pero cómo es lista lo iba sacando sin problemas. El año pasado la empecé a dejar salir con amigos del IES, desde hace unos meses sale de casa día tras día sin control, cuando intento evitarlo nos peleamos, da golpes a todas partes, forcejeamos, otras veces la dejo salir porque no puedo evitarlo. Trae ropa que yo no le he comprado, me ha robado cosas, desde hace dos meses ha perdido el contacto con mi familia,...ha pasado hasta cuatro noches fuera de casa, la he tenido que denunciar por haber desaparecido, por los robos y por las agresiones no lo he hecho. He tenido que acudir a la policía en varias ocasiones...no puedo hacer nada, me quita las llaves, me quita el teléfono,...rompe puertas y me encierra en la habitación...la convivencia es insostenible”

En la entrevista con la madre llama la atención el tono invariable con el que cuenta la situación con su hija, sin pausas, inmóvil, con llamativa frialdad afectiva, como si las situaciones descritas no tuvieran que ver con ella. En su relato no transmite tristeza ni perturbación, sí preocupación sin afecto ya que las escenas descritas son muy graves. En un momento le pregunto por la explicación que ella se da a lo ocurrido y responde: *“Pienso que por un lado la adolescencia, y por otro la ausencia de padre, alguna vez me ha dicho que lo del padre le ha marcado, pero yo no he podido hacer nada, no está reconocida”*

La madre se siente exenta de responsabilidad respecto a lo que concierne al padre, su representación y función, no puede hacer presente al padre en la relación con su hija. La función paterna está ausente, no está integrada en la madre. Esta falta, desorganiza al hijo y lo an-

gustia, emoción con la que la madre no conecta, no puede nombrar y no puede acompañar a su hija en el dolor de construir su historia con ausencias, poner orden y sostener una ley que proteja. Por el contrario repite a lo largo de las sucesivas entrevistas “no puedo hacer nada”. Esta crisis estalla con los principios de autonomía del adolescente, al no existir una ley que regule este proceso de separación, el adolescente queda abandonado a su propia impulsividad, capricho y omnipotencia, o a permanecer atrapado en un entorno materno indiscriminado, sin ley, en el que no puede crecer. La ausencia de la función paterna no permite que se construya en el chico una representación suficiente que le permita la adaptación a la realidad, tolerancia a la frustración y capacidad de espera, todas ellas características necesarias para desarrollar la capacidad de pensar, dar contenido psicológico a todo lo actuado y descentrarse de uno mismo para poner interés por el mundo externo, en el otro.

R inició tratamiento con gran dificultad. Su estado profundo depresivo y desamparo lo manifestaba sesión tras sesión, alternando con mecanismos psíquicos omnipotentes, actuaciones, agresiones, huidas y reproches, dice: “NO puedo vivir con esa mujer, me machaca psicológicamente...hace 6 meses he pedido una residencia de menores...quiero información sobre la emancipación, ¿qué se necesita?, ¿con quién tengo que hablar?” Estas sesiones en las que manifestaba sentimientos de autosuficiencia, y agresión como forma de negar su fragilidad y dependencia del otro, se sucedían de sesiones en las que se ponía de manifiesto la mala vivencia de sí misma, y la angustia y depresión, que vivía en soledad.

“No te acerques mucho a mí, no cogerás nada bueno... cuando discuto con ella me dan dolores de cabeza terribles, llevo meses que sin ninguna razón me pongo a llorar...he pasado por muchos problemas, drogas, robos, hace mucho que estoy alejada de todo esto, sin embargo dentro de mí me siento insegura, mal, no sé por qué, ni cómo explicarlo...desde hace

varias semanas no puedo dormir, me despierto con taquicardia...quiero sentirme bien, ¡necesito sentirme bien, ya!... me paso el día llorando, solo puedo hablar de esto aquí, nadie me ayuda, todo es una mierda, no puedo más... ¿Qué me pasa? No me interesa nada...(habla con la mirada perdida llorando sin consuelo, levanta la cara y dice) ¡ayúdame! (más tranquila continúa) Le he preguntado a mi mejor amigo y dice que no se acuerda de cómo era antes...quiero hacer memoria pero tampoco me acuerdo ...(silencio) creo que era alegre y me llevaba bien con todos... sé que he tenido muchas experiencias pero creo que no he tenido tiempo de pasar de ser una niña a una joven de 14 o 15 años”

Cuando R se mira se encuentra perdida, sola. En esta tarea necesita de otro, que en espejo le ayude a verse, habla de un amigo, las sesiones de tratamiento. La función materna de acompañamiento y reconocimiento y la paterna de protección y separación fallan y la colocan al borde de un abismo que la asusta y la angustia demasiado, angustia que va dejando sus marcas en el cuerpo y le dicen que su funcionamiento interno es tan caótico como sus somatizaciones. Sus vivencias de riesgo en la calle, conductas sexuales indiscriminadas, el contacto con las drogas, y la percepción de su propia agresividad la hacen sentir como un verdadero monstruo, pero viva, vida que transcurre en soledad, sin rumbo ni sentido, fijándose en ella estas características, como pseudoidentidad que tapa un proceso depresivo narcisista grave, sentido internamente como muerte.

Para la madre de R, su hija era un fracaso sin remedio. También R se resistía a la terapia desplegando su omnipotencia. Actualmente madre e hija conviven sin violencia. R ha retomado su formación. Las relaciones sociales son más discriminadas y reflexivas, pero lo importante es que a pesar de las dificultades, continúa ligada al mundo externo que le puede dar sentido a su existir.

El trabajo con estos casos discurre ante la continua amenaza, fugas, agresividad de los chicos hacia sí mismo y hacia otros, acting que el terapeuta tiene que contener y sobre todo dar sentido. Los espacios terapéuticos del chico y de sus padres ofrecen la posibilidad, de mirar, mirarse y ser mirado de otro modo. Al hijo le ofrecen la posibilidad de construir la ley paterna que le permita protegerse, ordenarse y dar sentido a sus propios deseos inconscien-

tes, parafraseando a P. Aulagnier, para construirse su propia historia. A los padres restituir la función paterna que ordene, proteja a todos y cada uno de los miembros de la familia. En estos casos, el trabajo en red interinstitucional también es necesario pero ha de ser muy cauteloso, permiten al adolescente mantener el principio de realidad y frenar el abandono de sí mismo.

Bibliografía

- “Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes”, 2009. Janin Beatriz, Kahansky.
- “Construir(se) un pasado”, 1991. Aulagnier Piera. Revista de psicoanálisis- APdeBA- Vol. XIII-Nº 3.



*Comunicación oral presentada el Congreso FEAP 2014. El artículo fue presentado como comunicación libre en el II CONGRESO NACIONAL DE PSICOTERAPIA FEAP "La psicoterapia en el siglo XXI: Investigación y Eficacia". Barcelona 2014

**** Sobre la Autora:** Carmen de la Torre Gordo es Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta de FEAP. Desarrolla su ejercicio profesional en el ámbito de la Protección a la Infancia en Riesgo y como Psicoterapeuta de niños, adolescentes, y adultos en la consulta privada. Miembro asociado de AECPNA.

3.3 LA ANGUSTIA Y EL TIEMPO. POR JAVIER FRÈRE*

La angustia tiene un papel crucial en nuestra clínica; alguien la llamó la brújula de la dirección de la cura. De entrada, porque suele ser lo que empuja a alguna gente a llamarnos. Pero sobre todo por aquello que ya se ha dicho y que vamos a repetir muchas veces: porque es lo que no engaña. También porque es signo del deseo y señal de lo real. Todas estas fórmulas hablan de ese papel crucial.

Incluso me atrevería a decir que es condición para que una interpretación opere. Porque es difícil que algo que se diga en la sesión tenga alguna eficacia simbólica -un efecto de pacificación, un cambio de discurso- capaz de dejar huella en el sujeto, si lo que se pone en juego en el discurso no está afectado por la angustia.

Pongamos un ejemplo. Una mujer llega a la sesión muy ansiosa, casi no se termina de tumbar y ya está contando una situación laboral en la que se siente “rehén” (así lo dice) de su compañera, con la que comparte un proyecto en el que está muy interesada. Es raro porque, en ese proyecto, es ella la que manda, la que tiene el prestigio y, aparentemente, el contacto con los que ponen el dinero. El despliegue del relato lleva los afectos que la embargan a ciertos extremos, y es allí cuando ella vuelve a decir esa palabra, *rehén*. En ese punto basta una intervención: “¿Rehén? Será porque tú quieres”. En la que incluso sobra el *será porque tú quieres*. Porque la repetición de la palabra interrogativamente fue suficiente para que la ansiedad se detuviera; de alguna manera -intuitiva aún- ya captaba que si era rehén, no lo era más que de la demanda. Un poco más de tiempo le llevaría terminar de captar que

lo que estaba pendiente, en realidad, era que asumiera su posición, para que el conflicto encontrara una vía. Pero ahí surge nítidamente la señal de angustia: por un lado se queda sola del amor del otro -por eso cae cualquier reproche que pueda hacerle a su compañera. Por otro, la responsabilidad y alguna dosis de poder quedan en sus manos.

Pero lejos de huir, apoyada en la transferencia, se abre a un tiempo de comprender la misma situación desde este otro punto de vista: bastaba con que jugara su baza, con que dijera qué es lo que ella pretende y que la otra, a su vez, jugara la suya; llevando las cosas hasta un borde de ruptura, eso sí, pero que pondría a prueba el deseo de su *partenaire*, en la misma medida en que ella jugara el suyo. Ahí está esa estructura de borde que tiene la angustia. Ahí posiblemente podamos pensar un corte en la estructura, un corte y un nuevo pegado; esto podría darnos una demostración topológica de la incidencia de la interpretación gracias a la angustia. Y de ahí también la noción de acto que tiene el proceso.

I

De todas maneras, lo que pretendo articular aquí es la relación de la angustia con el tiempo. En el marco de un acto, intentaremos incluir la dimensión temporal en las dimensiones espaciales de la situación de angustia.

Para eso quiero empezar por una precisión que hace Lacan en el Seminario VIII, el de “La Transferencia”. Una precisión entre *hilflosigkeit* -el desamparo o el desvalimiento- y la angustia propiamente dicha. He aquí una cita breve de ese seminario:

“En la *Hilflosigkeit*, el desamparo, el sujeto está pura y simplemente trastornado, desbordado por una situación “irruptiva” a la que no puede hacer frente de ninguna manera. Entre esto y emprender la fuga — (...) — hay otra solución, y esto es lo que Freud nos puntualiza al subrayar en la angustia su carácter de *Erwartung* (espera, expectativa). Ese es el rasgo esencial. Que secundariamente podamos hacer de ella la razón de huir velozmente, es una cosa, pero no es ése su carácter esencial. Su carácter esencial, es la *Erwartung*, y esto es lo que yo designo al decirles que la angustia es el modo radical bajo el cual es mantenida la relación con el deseo”.

En el desamparo el sujeto está sobrepasado por una situación que lo supera, una “situación irruptiva”, a la cual el sujeto “no puede hacer frente de ninguna manera”. Una situación como para salir pitando. Sin embargo, “hay otra solución”, esperarse un poco. Así se manifestará que la angustia es el modo radical bajo el cual se mantiene la relación con el deseo. El matiz del modo radical de relación con el deseo, nos hace entender que hay otros. Y así es, pero ya son los modos sintomáticos.

Pongamos un ejemplo un poco simplificado. Supongamos un joven muchacho ante la situación de ver que la muchacha, que hasta entonces le había sido esquiva, se le acerca sonriente. Podemos conjeturar que en esa situación nuestro personaje se angustie. Inesperadamente se encuentra ante su objeto de deseo sin saber qué hacer ni qué decir, paralizado. Eso es la *hilflosigkeit*, y esa situación de desvalimiento puede hacerle emprender la huida, no es una salida impensable.

Evidentemente, no se va a desprender por eso del objeto, se lo va a llevar en su cabeza, se reprochará su cobardía y toda una serie de cosas fáciles de imaginar; pero habrá perdido la oportunidad de relacionarse con él; bueno, con ella. Ahí es donde Lacan nos dice que “hay otra solución”, si el muchacho se espera, si no huye ni siquiera hacia adelante, si se sostiene allí, mantendrá de una manera radical la relación con el deseo.

El modo radical es el único que permite la producción de un acto nuevo a partir del propio desvalimiento en que el sujeto se halla. Algo que no estaba de antemano. El desamparo es, precisamente, la condición de que lo que allí se produce es verdaderamente nuevo, si no hay *hilflosigkeit* no es necesario lo nuevo, hay alguna respuesta ya sabida de antemano. Pero justo porque no huye, puede, afectado por el objeto causa, desplegar una acción que de alguna manera estará orientada por esa causa. Una acción también puede ser un discurso, claro, pues finalmente toda acción humana es discursiva. En cualquier caso, nuestro muchacho no tiene que saber qué decir, basta con que diga lo que la sonrisa le sugiere; incluso es posible que la chica le esté diciendo algo, y ese decir, algo le provocará. En esa provocación (pro vocación, algo así como en pro del decir), se cifra su capacidad de respuesta.

Es un tiempo de incertidumbre que se sostiene por la relación con el deseo, porque no pierde el vínculo con la causa del discurso. En la medida en que conserva la relación imposible al objeto a, ese discurso *mediodirá* una verdad. Ahí está, me parece, lo esencial de la angustia y su valor clínico crucial.

Dice Lacan en el Seminario de los Nombres del Padre, el X bis, del que no dio más que la primera clase y que hubiera venido inmediatamente después del X, al que llamó precisamente *La Angustia*: “La angustia que no engaña es reemplazada para el sujeto por lo que debe operarse por medio de ese objeto a. A esto se subordina la función del acto”. Esta función del acto que se subordina a lo que debe operarse por medio del objeto a, establece una estructura temporal. Cuando la chica que le gusta, en vez de darle esquinazo lo mira sonriente, es cuando el adolescente se angustia y está tentado de salir corriendo de allí; se arrepentirá si lo hace (de lo único que cabe arrepentirse es de haber cedido en el deseo). Estará superado por la situación, literalmente sin saber qué hacer, pero si, en vez de huir (incluida la huida hacia adelante), se espera, se abre la posibilidad de un acto, del que ya no saldrá igual que antes. Si ese acto se subordina a lo que debe operarse por el objeto a, el deseo será una guía, el deseo sabrá hacer mejor que él

en la medida en que su acto está causado, ya que la causa sabe. Eso sabe. Y el discurso causado producirá un significante nuevo, un nombre nuevo para el imposible objeto del deseo.

Resumiendo, parece que la angustia no es un asunto tan sombrío como puede hacerlo pensar el sentido común, más el sentido común capitalista que nos propone hacerla desaparecer¹. Por contra, los psicoanalistas pretendemos sostenerla y no enmendarla. No porque seamos crueles sino porque conjeturamos que en ella hay una promesa de felicidad, una felicidad trágica hay que decirlo. Sin duda la propuesta requiere cierto valor, pero como canta J. L. Borges en la Milonga para Jacinto Chiclana: “siempre el coraje es mejor/ la esperanza nunca es vana”. O sea, la *Erwartung* nunca es vana.

Como decíamos la *Erwartung* de Freud es traducida (tanto por López Ballesteros como por Etcheverry) como expectativa. A mí me parece que Lacan juega con el sentido de espera que también tiene en alemán. Para no salir huyendo hay que esperar algo, tener una expectativa, pero no demasiado concreta, a ser posible, porque lo que nos hace huir, en el fondo es una expectativa terrorífica a la que le hacemos demasiado caso, es decir: una certeza más que una expectativa.

1 En el despliegue del debate se señaló que la angustia como señal de lo real implicaba un cierto fracaso del fantasma para contener lo real, en su función de enmarcar lo real con la construcción de una realidad fantasmática que opera como pantalla de lo real. En este sentido, el capitalismo nos ofrece una amplia gama de pantallas para evitar la emergencia de lo real y, por ende, de la angustia. Esto confirma la hipótesis psicoanalítica de que la llamada realidad es una superficie. Lo vemos en el Metro, cada uno con su pantallita (teléfono, tablet, etc.) viviendo en la realidad que allí se proyecta.

Aquí cabe hacer una observación que considero esperanzadora. La pantalla de nuestros adminículos tecnológicos es una superficie plana, enmarcada rectangularmente y que se podría reducir a sólo dos dimensiones espaciales. Mientras que la realidad en la

que vivimos cuando salimos de las pantallas planas es una banda de Möebius. Si recordamos el esquema R, sabemos que la franja de la realidad es una banda rectangular que se va a torcer para formar una banda de Möebius, superficie que requiere estar incluida en un espacio de tres dimensiones. En su movimiento de torsión, la banda central del esquema R arrastra con ella al resto del esquema (los triángulos S e I) a conformar un plano proyectivo. Lejos de la semiesfera en la que nuestra vista nos hace creer que vivimos, el plano proyectivo es una superficie no orientable, es decir: que las superficie tiene -en contra de las apariencias- una sola cara; así está constituido el espacio propio del ser hablante. Esta insuficiencia de las pantallas tecnológicas es esperanzadora.

Pero una expectativa sin un sentido coagulado es la posibilidad de sostener la incertidumbre, y eso puede permitir desplegarse hasta averiguar algo.

Averiguar ¿qué? ¿Qué quiere? El famoso *Che vuoi?* del grafo del sujeto. ¿Qué quiere la muchacha sonriente? Porque que algo quiera no significa que quiera lo que nuestro joven quiere que quiera. Si se queda, igual averigua algo. ¿Qué clase de objeto soy para el Otro?, es la pregunta de la angustia, ese otro que a su vez parece ser objeto de mi deseo.

II

Es ahora cuando conviene introducir la dimensión temporal. Sostener la pregunta por el deseo del otro abre un tiempo, lo requiere por supuesto, pero por eso mismo lo hace posible. Cada objeto desencadena su propio tiempo. La huida no se da tiempo, es inmediata.

Ahora bien, no es un tiempo cualquiera, no es el mero pasar de los minutos o las horas, pues para nuestro joven paralizado el tiempo cronológico sigue pasando, pero su tiempo lógico está detenido. Se trata, pues, del tiempo lógico de un acto, el que podría haber desplegado el muchacho en su encuentro o el discurso que podría desplegar en la sesión donde lo contara. Pero además es un tiempo cargado de incertidumbre, la incertidumbre da la medida verdadera del tiempo. Un tiempo sin incertidumbre es una eternidad mal disimulada.

Voy a aludir ahora directamente al sofisma del Tiempo Lógico². En ese escrito de 1946, Lacan propone una estructura del tiempo que arranca en el Instante de Ver, se sigue

del Tiempo de Comprender hasta llegar al Momento de Concluir.

Como es bien sabido, en ese artículo hay un acertijo que tres presos tienen que resolver para salir de la cárcel, el que lo resuelva, sale en libertad. La cosa es más o menos así: el director de la cárcel propone a tres presos dejar en libertad al primero que resuelva el siguiente acertijo: hay cinco discos, tres blancos y dos negros. El director pondrá un disco en la espalda de cada prisionero y éstos deberán decir qué disco tienen en su espalda. Es decir, podrán ver los discos de sus compañeros, pero no el propio. No hay espejos en la habitación en la que se desarrolla esa especie de *room escape*, y no pueden hablar entre sí (no les conviene). Finalmente, el director -que parece ser un hombre justo- pone un disco blanco a cada uno. Viendo entonces cada preso dos discos blancos, ¿cómo poder descubrir el color del disco que cada uno lleva en la espalda?

Todo esto se estructura en **una lógica temporal del acto**. A partir de que ven dos blancos los presos están en el desamparo, no hay manera de resolver el acertijo desde la lógica formal. Si hablaran, podrían decir: “¡Ay! si acaso viera dos negros..., entonces no dudaría”. Está claro que, desde la Lógica Formal, sólo ver dos negros nos permite concluir qué color llevo a la espalda. El Instante de Ver es entonces un momento de desamparo, de desvalimiento. Huir, abandonar el juego, es tanto como pegar el Instante de Ver con el Momento de Concluir: lo ven y se van, han concluido inmediatamente en la imposibilidad de la Lógica Formal. Desde luego, pueden hacerlo, pero si se quedan (si esperan)

2 “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma”, J. Lacan, **Escritos I**, Buenos Aires, Siglo XXI editores.

empieza el Tiempo de Comprender algo más que el formalismo lógico de los círculos blancos y negros: ese mismo formalismo lógico articulado con el deseo de salir en libertad de esos otros dos a los que les conjeturo una cierta capacidad lógica.

Por empezar, comprendería que si los otros dos no salen, es porque tampoco lo ven claro. Que ellos no ven dos negros, es evidente. Pero luego puedo pensar que si yo fuera negro, ellos verían un negro y un blanco. Entonces deberían mirarse entre ellos y pensar que si el otro no sale inmediatamente a decir: “he aquí como lo sé”, es porque no ve dos negros; así saldrían ambos seguros de ser blancos. Como no salen, no me ven negro, es decir: soy blanco. Esta es una solución perfectamente lógica.

Las cosas se van a complicar, sin embargo, porque cuando yo me empiezo a mover para salir a decir cómo sé que soy blanco, ellos dos también lo hacen, y yo ya vuelvo a dudar. Pero claro, a ellos les pasa lo mismo y vacilan también. Se inicia así un nuevo Tiempo de Comprender, pues si vacilan no están tan seguros como cabe al ver dos negros. Pero todavía cabe pensar que lo hacen entre ellos digamos, que siendo yo negro dudan porque su conjetura se sostiene de que el otro blanco no sale. Hará falta una segunda moción suspendida para que no haya dudas, en el segundo intento de salir volverá a haber una vacilación, pero con lo aprendido en la vacilación anterior, la mera segunda vacilación alcanza para estar seguros. Ahí se sitúa la prisa, no puedo demorarme porque, si les doy demasiado tiempo, los otros dos salen haciéndome creer que soy negro.

Es interesante resaltar que para resolver el acertijo es imprescindible pensar bien de los otros dos, esperar, tener la expectativa de que los otros dos también son capaces de usar la lógica temporal. De lo contrario no

hay manera de resolver nada, si mis interlocutores son tontos, estoy perdido. Y, por eso mismo, o salen los tres o no sale ninguno. Esto es muy interesante porque propone la lógica de un vínculo social distinto al de la Psicología de las Masas; pero esto es otro tema.

En la angustia hay una estructura temporal análoga. El Instante de Ver la sonrisa es el de la *hilflosigkeit*, el desvalimiento, pero si se espera, si no pega el Instante de Ver al Momento de Concluir, se abre al Tiempo de Comprender qué me quiere. Qué quiere de él, digamos, la dueña de la sonrisa. Pero ojo, ese tiempo no es eterno. Recorrido cierto camino que le dejará alguna intuición del deseo de esa otra que encarna el objeto de su deseo, habrá que concluir el acto. La demora, una vez comprendido, es una vuelta a la inhibición.

Lo que pasa en una sesión es isomorfo con esto. Por ejemplo, si el analizante dice “no sé por qué salí disparado”, el analista preguntará ¿por qué? “Ya le he dicho que no lo sé”. Ya, pero ¿qué se le ocurre? Claro que no sabe, no entiende por qué sale huyendo si la chica le gusta tanto. Pero no se fíen, algo sabe. De alguna manera confrontarlo con esa huida es confrontarlo con la angustia otra vez, con la incertidumbre de su acción. Pero también ahí empieza el Tiempo de Comprender lo que no entiende. El despliegue del discurso sobre eso que no sabe va a traer algo nuevo, seguro. Por ejemplo que estuvo demasiado pendiente de sí mismo, de lo que debería decir para no quedar mal o para no dejar ver su angustia, tan pendiente de sí que ni recuerda qué fue lo que ella le dijo, porque sí recuerda que le dijo algo.

La relación radical con el deseo se podrá sostener en la medida en que el objeto que soy para el otro conserve su dimensión profundamente desconocida. Porque si aún

es posible tener con el Otro algún factor común, es que puede ser mi semejante. En tanto humano, en tanto animal parlante, el objeto de su deseo permanece profundamente desconocido. Y en el acertijo del Tiempo Lógico es eso lo que está en juego, la posibilidad de reconocerse en los otros dos como blanco, como ser humano; no olvidemos que 1946 es el fin de la Segunda Guerra mundial y que las consecuencias del nazismo estaban a la orden del día.

Es así que la posición del analista es precisamente esa, la de sostener la ignorancia radical del objeto. ¿Qué quiere el Otro? Algo, sin duda, por eso la angustia. En el caso de la paciente de la primera viñeta, ella supo decir cuál era su postura: 'quiero que te quedes, pero con estas condiciones'; y entonces, esperar allí a que su *partenaire* diga lo suyo. Algo así como si le dijera: 'tú puedes ser buena compañía en este proyecto, pero no te deseo a ti, sino a tus capacidades; sin ellas, tú no me sirves'. Rehén en la medida en que se supone objeto del goce del Otro (su compañera sólo se queda si ella se aviene a todas sus demandas); ser objeto del deseo es su única posibilidad de libertad. Pero eso requiere de un acto de valor, de hacer aparecer un borde, la posibilidad de un corte o de una pérdida que obligue al otro a manifestarse en la verdad de su deseo. La libertad que se otorgue para articular su posición, implica la del otro para articular la suya. Como para los tres presos, su libertad es consecuencia de un aserto.

Si el Estadio del Espejo introduce la dimensiones espaciales del problema de la angustia, el Tiempo Lógico nos permite tomar en cuenta que esto no todo, que hay también una dimensión temporal que no se nos debe escapar. Pero es necesario insistir en que el tiempo lógico no es la mera

duración homogénea del tiempo cronológico, sino la articulación de una elaboración que no está dada, hay que inventarla y eso requiere una serie de pasos que implican al deseo del Otro. Ese tiempo lógico se diferencia de la duración, del paso de las horas o los años, por el acento que le pone la incertidumbre (el carácter profundamente desconocido del objeto), ahí está la angustia. Hay temporalidad lógica porque no hay la certeza de la lógica formal y, por lo tanto, incertidumbre, es decir angustia.

III

Para terminar, quiero plantear cuáles son las condiciones para que la angustia se sostenga, de lo contrario podría parecer que ese sostén es un asunto de buena voluntad. Porque si bien es cierto que a la angustia conviene echarle bemoles, lo más productivo son los sostenidos.

Hay, por un lado, la conjetura sobre el deseo del Otro. Como vimos, esa conjetura provoca la huida cuando está coagulada, cuando es más que una conjetura, una certeza: el Otro me quiere... comer, matar, robar, violar... y a correr. Pero ¿qué permite apoyarse en la pregunta y no en la respuesta? La transferencia.

Me explico. En la transferencia hay una *erwartung*, una expectativa, la suposición de saber es una expectativa. Esperamos algo del discurso del analizante, porque le suponemos un saber. Un saber que no sabe que lo tiene hasta que no lo despliega.

El analista es "una compañía que no quita soledad", en palabras de María Zambrano. El analizante está solo con su angustia, el analista no da la suya, para eso se ha estado analizando durante muchas horas. Y en eso consiste su neutralidad, su *versagung*. Pero está ahí para escuchar lo que tiene que decir

su angustia, porque allí hay un saber en ciernes. Esa es la suposición de saber de la transferencia, y no tanto un “cuánto sabe mi analista”.

Hay algo del acompañamiento que atempera la angustia. No que la hace desaparecer, la atempera y permite al sujeto “operar por medio del objeto a”, es “a esto que está subordinada la función del acto”. Dice Lacan

que la acción arranca a la angustia su certeza, que la acción es una transferencia de angustia. Operar con el objeto que cae del propio sujeto y que aparece como su apuesta en el campo del narcisismo, eso es lo que introduce la transferencia, un tiempo articulado de incertidumbre que promete la producción de un nombre contingente para ese objeto imposible de terminar de decir satisfactoriamente.

ΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨ

* **Sobre el autor:** Javier Frère es psicoanalista, psicólogo clínico, Presidente de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N., y fue miembro de la Fundación Psicoanalítica, Madrid 1987

3.4 LOS SÍNTOMAS EN LA ACTUALIDAD. POR FRANCISCA CARRASCO*

Desde hace tiempo los que nos dedicamos al ejercicio de la clínica nos preguntamos si las personas que nos consultan en la actualidad tienen los mismos síntomas que antes, ¿si sufren de lo mismo o si en realidad son estructuras nuevas que no responden a lo que entendíamos por neurosis, psicosis o perversión?

Julia Kristeva se pregunta *¿Quién sigue teniendo un alma en nuestros días?* Si miramos el diccionario entendemos por alma *el principio que organiza el dinamismo vegetativo, sensitivo e intelectual de la vida*. El alma es la que produce el sufrimiento psíquico, si un hombre no tiene capacidad de amor al prójimo se le llama desalmado, el alma es un concepto antiguo que viene como dice Jean –Claude Milner “**Del mundo antiguo y de la espíteme**”, cuando se traspasa el mundo antiguo al moderno se pasa por este concepto y podríamos decir que el psicoanálisis se hace cargo de ello y le nombra de alguna manera, como lo que está fuera del universo, lo que queda fuera de la representación y aún con el peligro de ser anacrónica yo me pregunto ¿cómo es el alma que sufre del hombre de ahora?

Podemos pensar que el hombre moderno (el que resultó de vivir la edad moderna del siglo XIX y principios del siglo XX), era un hombre que conquistó la posibilidad de **pensar por sí mismo**. Descartes, con su “pienso luego existo” es el exponente de lo que el ser humano obtuvo como consecuencia de La muerte de Dios. Freud, como dice Jorge Alemán, “sin tener explícitamente la idea de que debía asumir un proyecto intelectual crítico a la modernidad, se vio envuelto en una experiencia tal por lo que enseñaba con respecto **al trauma, la compulsión a la repetición y el más allá del principio del placer**, que desmontaba la metafísica de la emancipación y la idea de un progreso hacia la liberación”. Descubre Freud que tras esa verdad científica hay un hombre que sufre que no es exactamente correspondiente con el anhelo moderno de esa certeza, en el ser que piensa y que se refugia en la ciencia. Descartes sabe que es porque piensa, el hombre de

Freud es dónde no piensa. El hombre moderno es un hombre que pensaba y necesita tomar conciencia de las cosas que le pasaba, de los sentimientos que tenía y puesto en el lugar donde antes estaba Dios, si las cosas no le salían bien se atormentaba, sufría y era presa de sentimientos de culpa, este hombre es el sujeto social que surge de la concepción metafísica de la época: la ciencia y el método científico toman el lugar que antes había tenido la religión y Dios, y la práctica psicoanalítica siguiendo este esquema, piensa que el método que utiliza, empeñado su descubridor en ser científico, es un seguro ineludible de que las cosas van a ir bien. El fracaso explícito del socialismo, con la caída del muro y la barbaridad que ha supuesto el capitalismo a ultranza hace replantearse las cosas de otra forma y es así que aparece lo que se ha venido llamando **La postmodernidad**, reacción **anti** toda una tendencia filosófica, cultural o social. Trajo un cambio en la subjetividad. Los textos de Lyotard “*La condición postmoderna*” y distintos autores como Toffler “*La tercera ola*” nos dicen que hemos entrado en una sociedad post-industrial con cambios fundamentales: de manera que todo el saber “que no puede ser traducido en cantidades de información, será dejado de lado y todos los lenguajes serán traducidos a un lenguaje de máquina”, con lo cual el saber del hombre cambia y ya el saber no está tomado como enriquecimiento personal y formación del espíritu, pensar no es un aval frente a la existencia, pensar no es asegurarse de que uno existe porque si no se piensa quedamos en la falta de ser, sino que saber es como una moneda de cambio para entrar en un mercado; esto es lo que hace cambiar radicalmente la relación del conocimiento y la ciencia a lo largo del siglo XX y el momento actual.

La mercantilización como dice Moguillansky, R “*En pensamiento único y dialogo cotidiano*” llega a privilegiar una ideología donde los mensajes son rápidos, ricos en información y fáciles de decodificar. En este contexto el saber útil tiende a ocupar todo el escenario en detrimento del saber narrativo, del saber que cuenta, que es el que necesita el psicoanálisis. Para esta

conceptualización el saber es poder y no se contempla como encuentro con uno mismo.

Si la explicación que en muchas ocasiones se ha dado en los inicios de una cura al paciente de que “Usted debe pensar hacer un análisis para conocerse mejor y ponerse en contacto con sus deseos” era una inexactitud que dejaba al pobre hombre que venía por un síntoma fóbico un poco anonadado. Este planteamiento hoy es el mejor método para que salga corriendo a un cognitivista que le dirá lo que tiene que hacer para amortiguar sus miedos.

Esta forma de ser social produce cambios en la forma de expresar el sufrimiento.

Y seguimos preguntándonos ¿cuál será el alma de estos nuevos seres que nos convocan a que escuchemos su sufrimiento? Lo que es claro que las estructuras sociales han cambiado el sí mismo. **La conciencia de sí** del post-moderno es poca cosa: atrapada en complejas y móviles relaciones, él es el destinatario de la venta de objeto (nos bombardean hasta por teléfono a la hora de la comida o cena o la siesta o en los momentos de intimidad, cómo si ya no importara el tiempo íntimo, como si no hubiera unas normas de respeto al ser del otro porque lo importante es tener la oportunidad de obtener más). O puede ser el referente para un proyecto de trabajo estupendo, pero difícilmente es tenido en cuenta como sujeto.

El sistema ha cambiado la ciencia por la técnica y esta última resulta altamente peligrosa porque lleva al hombre a olvidar un modo esencial de su ser, que originariamente es oculto, un modo íntimo de ser, que no se puede desvelar en todas partes. El peligro de la técnica no es la técnica en sí, sino el hombre, el ente, el ser que no se oculta en ella, un ser que está demasiado lleno de y por eso siente que está vacío; con facilidad tantas cosas le desvelan, se pierde en la burocracia del tener y a veces se olvida de una posibilidad de salida de una forma distinta a la que marca el protocolo técnico. La técnica lleva a poner los progresos técnicos en el lugar donde antes estaba el pensamiento o la autoridad.

La tendencia de esta sociedad post-moderna es a reducir las señales de autoridad, acrecentar las opciones privadas y privilegiar la diversidad “Lipovetzky 1983” y sin embargo, esto no ha llevado al hombre a un compromiso con la

técnica sino a una cierta indiferencia que ha supuesto que los dirigentes se hagan decididores y deciden por nosotros y a través de un protocolo, ¿Cuándo tenemos que vacunarnos de la gripe A?

Y la ministra nos dice que ellos siguen el protocolo de la Unión Europea sin que se dé un debate serio sobre la propuesta. O se piensa cuando hay que darle dinero cuando y como hay que pagar a un chico para que vaya a la escuela, ¿Qué valor tiene el saber? en una sociedad donde se reducen las tendencias al respeto, a la autoridad y se impone el tu como marca de la falta de diferencia y esto da lugar a que se piense que se tiene derecho a todo. La pregunta es ¿Qué ha cambiado? ¿Podemos seguir pensando las estructuras clínicas de la misma manera que antes?

El psicoanálisis que tenía un dialogo fluido con la sociedad moderna tiene que aprender a tener un discurso con la sociedad post-moderna y para ello tenemos que entender bien **¿cuál es el alma de los pacientes que vienen a vernos?**

El hombre de hoy es un ente que se oculta tras la técnica. Ese ente que se oculta posicionado por el estrés, y atrapado por el juego de artificios de los objetos que la técnica crea de forma excesiva en una sociedad que pasan de venerar a un objeto, a dejarlo como un desecho absoluto cuando se estropea o no cumple la función, ya no se arreglan las cosas sencillamente de tiran. El hombre siente tener el mismo funcionamiento: se gana, se gasta y no hay tiempo de una pregunta sobre la propia vida interna ya no hay un Dios que pueda castigar o una conciencia de clase que atribuya unos valores éticos personales sobre los que recaiga la culpa. No hay remordimiento; pero el hombre sufre y ¿cómo tramita ese sufrimiento?

Lo pone en el cuerpo, el cuerpo se pone en el lugar que antes estaba el pensamiento, dice Kristeva que aparecen la sudoración, el ataque de angustia, el insomnio y sobre todo, siente un enorme vacío de sí mismo: tengo baja autoestima es la frase favorita. Pero lejos de que esta baja autoestima sea cierta lo que nos encontramos son dificultades de tramitación del narcisismo, no es una baja autoestima, es un ideal del yo puesto en el lugar de Dios.

Está saturado de imágenes que le confunden y podemos ver un asesinato en tiempo real mientras comemos “agradablemente” un plato de la nueva cocina: lo verdadero y lo falso se confunden ¿alucinamos? Las imágenes captan las angustias y las interpretan. Aparentemente hay una sociedad que nos elimina la inquietud metafórica, la imagen suple la imaginación (el cine es buen exponente de este realismo exacerbado que no deja nada a la metáfora no hay nada que se deje a la imaginación del espectador, dicen todo. Nuestro ser queda mudo tras ese “aparente ser total”. Es total, es también una frase habitual.

Frente a estas formas nuevas los analistas han dicho que hay una imposibilidad de simbolización y que hay un vacío. No es lo mismo que los pacientes digan que se sienten vacíos que qué nosotros digamos que están vacíos o no simbolizan. El vacío es un concepto interesante. El sujeto sobre el que nosotros operamos no es el mismo que el sujeto de la ciencia, ni de la filosofía, ni de lo social, pero tenemos que saber que si bien operamos sobre el sujeto de lo inconsciente escuchamos al yo y el yo está formado en gran parte por el ideal social. Lo social dice que si algo se estropea no vale nada. El concepto de la nada, de encontrarse con la nada, con lo inevitable de la muerte se obtura y se suple con el ataque de angustia

Escuchamos decir que en los tiempos que corren aparecen personas que tienen imposibilidad de simbolizar traumas y se habla de déficit narcisista o de vacío de simbolización o de estructura límites o borderline: Los analistas inventan nuevas palabras para describir cuadros nosológicos técnicos que siguen siendo protocolos para ocultar el ser de nuestros pacientes.

Se habla así de realidades in-transfigurables que nos obliga a cambiar la técnica y a creer que tenemos que cambiar la posición de analista y crear un aparato diferente.

Se habla también de nuevas estructuras y así se puede ver la anorexia como una estructura diferente, y aparece la clínica del vacío como una forma de posicionamiento ante nuevas estructuras en lugar de las que se plantean en la clínica de la falta.

Massimo Recalcati dice en “*Clínica del Vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*”.

“Si bien la clínica de la falta circunscribe realmente la clínica de la neurosis. En efecto la clínica de la falta es una clínica del deseo inc, de la represión y del retorno de lo reprimido, del síntoma y de la división del sujeto; es una clínica que encuentra su terreno de abono en las formaciones del inconsciente. Lo que constituye su centro es la pasión del deseo como pasión que toma cuerpo, como Lacan nos ha indicado, de la “falta en ser” que habita el sujeto. En este sentido la clínica de la falta se puede enmarcar en la clínica clásica de la neurosis... Los denominados “nuevos síntomas” (anorexia y bulimia, toxicomanía, ataques de pánico, depresión, alcoholismo) aparecen como efectivamente irreductibles ante la lógica que preside la constitución neurótica del síntoma... asistimos a una desarticulación del vínculo dialéctica entre vacío, falta y deseo. El vacío no aparece como manifestación de una falta sino se solidifica, se hipostata, se presenta como disociado del deseo y, por tanto, como innombrable...” (pp. 11, 12)

Más adelante nos acerca a la comprensión de estos nuevos síntomas como pertenecientes a la clínica del vacío, es decir, no responden a la noción de síntoma como formación de compromiso, sino la angustia: “...sino la experiencia de un vacío que aparece disociado de la falta, de un vacío que ya no es manifestación de falta en ser, sino expresión de una dispersión del sujeto, de una inconsistencia radical del mismo, de una percepción constante de inexistencia que suscita la angustia sin nombre.” (pp.13).

Esta idea de Recalcati me hace pensar en lo que está diciendo como si dijera que tenemos que casi construir el sujeto. Para mí el sujeto no está inconsistente, sino que tiene una consistencia diferente y tenemos que poder oír estas formas nuevas de la insistencia de la pulsión de muerte que insiste precisamente para no coexistir por eso yo pretendo hoy una discusión desde los distintos esquemas referenciales porque me parece que desde una teorización Freud Lacaniana podemos encontrar unas herramientas claras para acometer esta problemática.

No nos podemos poner como los viejos de todos los tiempos pensando que cualquier tiempo pasado fue mejor, tenemos que encontrar un modo de entender el sufrimiento y podemos desde el esquema que os he hecho llegar, entender ¿Qué pasa con el sujeto y la ley en la conflictiva edípica? ¿No ha habido una perversión de la ley? ¿Qué consecuencias tiene esta per-versión en los significados de lo significativo del nombre del padre?

Oí a Iñaki Gabilondo en una de sus alocuciones que decía que le encantaría ver a la gente indignada con la corrupción que hay en el panorama político y que había una desidia como si no nos importara nada lo que está pasando. Mi

pregunta es ¿qué está pasando? Que la ley no tiene su valor, que la relación con la ley ha cambiado y que tendremos que encontrar nuevos representantes de la interdicción de la figura materna.

¿Qué se duele el hombre? Este vacío es una defensa frente a la posibilidad de no ser en esencia, frente a la necesidad de sufrir en algo de las dificultades de la vida. El precio a pagar por lo que se quiere es enorme y renunciar a algo se vive como una catástrofe. El ataque de angustia es un seguro frente a la carencia. En lugar de elegir viene la angustia. La angustia tapa la inevitable seguridad de que elegir es perder para ganar.



****Sobre la autora:** Francisca Carrasco es psicóloga clínica y psicoanalista; fue miembro de la junta directiva y es docente de la Asociación Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes (AECPNA). Coordinadora (hasta 2017) y Profesora del Master de Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Complutense de Madrid. Miembro Didacta de la Asociación Madrileña de Psicoterapia Psicoanalítica.

3.5 ¡TODAVÍA EL PSICOANÁLISIS EN EL CAMPO DE LA SEXUACIÓN!*

POR ANA MARÍA SIGAL**

Resumen

La especificidad del psicoanálisis es mantener su saber sobre los efectos del inconsciente en la formación de síntomas y de subjetividad. Las teorías de género alertan que no es la anatomía la que posiciona hombres y mujeres en ámbitos y jerarquías diferentes, sino una simbolización social. Si bien coincidimos con esta posición, no podemos transformar el psicoanálisis en una antropología o una sociología que habla sólo de los elementos ideológicos que operan en la sexuación. ¿Qué es necesario mantener para estar en el campo del psicoanálisis? Las teorías de género no dan cuenta de todas nuestras cuestiones en lo que se refiere al deseo y al modo sexuado de estar en el mundo.

Palabras clave

Identidad de género - Identidad sexual - Nuevos paradigmas - Diversidad y diferencia

La única forma de mantener el psicoanálisis vivo es pensar a partir de las formas de producción de conocimiento que puedan incorporar lo nuevo y reorganizar lo ya conocido dentro de los paradigmas que nos caracterizan como producción científica. Para poder dar respuesta a la ideologización que se infiltra en la teoría, detenernos y encontrarnos con conceptos que tienen que ser revisados, es necesario no dejar la teoría como un cuerpo muerto, coagulado o rígido. Profundizando y confrontando la teoría freudiana a la luz de los progresos de la ciencia, es como la haremos avanzar.

Es en este camino que en el presente trabajo, planteo varias situaciones que me llevaron a modificar el cuerpo teórico que sustenta mi práctica en el recorrido de largos años. A partir de la experiencia de transmisión del psicoanálisis, confrontando la práctica y

revisando la experiencia clínica me he visto obligada a incorporar y abandonar supuestas verdades., vemos que la certeza existe, en tanto queremos creer que estamos apoyados en suelo firme, que nos ofrece fundamentos para poder trabajar, pero es a partir del trabajo clínico que la teoría no termina de dar cuenta y entonces partimos hacia nuevos horizontes. Los nuevos modos de expresión de las patologías conocidas y las nuevas patologías, nos desafían en la investigación. Nos confrontamos a veces, con nuevos devenires en las formaciones subjetivas que nos muestran, que nuestros desarrollos teóricos circulan por caminos poco felices. Todos estos movimientos nos hacen cuestionar nuestra producción psicoanalítica y son el motor esencial de las nuevas formulaciones.

Sin embargo, últimamente algo de incomodidad se percibe en la forma que los psicoanalistas nos apropiamos de los nuevos conocimientos. Por momentos percibo una confusión, otras veces una paralización, otras una renuncia a sostener postulados que aún tendrían vigencia. Con frecuencia hacemos concesiones o inventamos figuras para tener un lugar en la historia. Nos cuesta reinventar incorporando lo que nos llega de otros campos.

Estoy a favor de ampliar el pensamiento, de reconocer errores, de poder formular de manera diferente enunciados que quedaron desviados o reprimidos en el desarrollo de la teoría. Pienso que por momentos tenemos que dar un giro importante o retomar caminos abandonados, siguiendo el método transmitido por la investigación freudiana, donde siempre vimos la existencia de un espacio para las reformulaciones. Si pensamos que Freud plantea dos teorías de la angustia, elabora dos formulaciones tópicas, reelabora la teoría de las pulsiones, podemos pensar sin temor como procesar el advenimiento de nuevos conocimientos. En este camino la idea es ampliar el pensamiento, ser capaz de sumar y no simple-

mente de sustituir. No descaracterizar un pensamiento que nuestro saber ha construido en el recorrido de más de 100 años, sí reformularlo. En este sentido es de vital importancia pensar de qué modo las teorías del género son incorporadas al psicoanálisis. Vemos que para algunos psicoanalistas, con ellas llegó la verdad. No dudo de su importancia y su riqueza, no dudo sobre la necesidad de nutrirnos de ellas, pero me pregunto por qué muchos psicoanalistas las colocan en un lugar de sustitución y no de diálogo, como si hubiese llegado la verdad última y se avergonzasen de los yerros del maestro.

Cambios en los paradigmas científicos

La revolución copernicana, que desplaza la tierra del lugar de privilegio, se une a la herida narcisista que promueve el psicoanálisis, al reconocer que la conciencia no es el elemento central que se debe analizar para entender las determinaciones que impulsan los caminos psíquicos del hombre. Hoy en día se hace necesario repensar, los modos en que el psicoanálisis operaba según los modelos termodinámicos que marcaron a Freud en su construcción del Proyecto de una psicología (1895/1982b) e incorporar nuevos modelos científicos que nos permiten repensar lo psicoanalítico. Estos modelos van a afectar según mi entender fundamentalmente, las concepciones de sexualidad que encontramos en muchos escritos freudianos. Cambian los paradigmas. Algunos anulan los anteriores porque proponen una nueva organización que se opone a enunciados formulados anteriormente, proponiendo una nueva forma de organización del conocimiento. Otros amplían la visión y cuestionan postulados ideológicos que respondían a las convenciones de la época. Los nuevos conocimientos tienen que ser puestos a prueba y reinventados. Todo este movimiento no ocurre sin consecuencias y afecta tanto a las ciencias duras como sociales.

En diversos campos de conocimiento como Física, Química, Biología, Matemática y Ciencias Sociales, los sistemas termodinámicos en

los que Freud se apoyaba para dar sentido a las formaciones psíquicas, han sido reemplazados por otras formas de entender los procesos. En el siglo XX ningún concepto se resignificó con tanta profundidad como el de “complejo”. De un uso común y científico que había perdido sus raíces y lo relacionaba con lo complicado, lo enmarañado y lo difícil de entender, retomó su sentido originario y pasó a significar una nueva perspectiva para designar al ser humano, a la naturaleza y a nuestras relaciones con ella. Así, el término “complejo” designa hoy una comprensión del mundo donde todo se encuentra entrelazado, como una trama compuesta de finos hilos. El siglo XVIII se proponía eliminar lo indeterminado, lo impreciso, las complejidades. A partir de Edgard Morin y sus contemporáneos se hace el esfuerzo de incorporar lo aleatorio y la complejidad.

Pensemos en la revolución que aporta la teoría del Caos¹ para la comprensión de diversos fenómenos. En ésta vemos que sistemas complejos, dinámicos, no lineales, en desorden, sistemas en que las variables interactúan, con diversas alternativas de soluciones, tiene su origen y leyes en modelos muy simples. Sin embargo, las interferencias y accidentes en su trayecto sólo transforman su comportamiento en imprevisible, generando desordenes aparentes de difícil explicación y entendimiento. Situaciones imprevistas crean órdenes desconocidos, supuestos desordenes que en realidad son nuevas formas de ordenamiento. La lógica con que acostumbrábamos a analizar ciertos recorridos históricos en la vida de un sujeto pueden adquirir nuevas organizaciones a luz de las teorías disipativas y del Caos. Ya no pensamos el curso de una vida simplemente como situaciones de causa-efecto. La sobredeterminación adquiere un nuevo sentido y estamos siempre expuestos a la creación de nuevas inscripciones psíquicas que son producto de lo aleatorio. A partir de estas ideas, el mundo ya no se organiza más por dualidades dicotómicas o sistemas binarios causa-efecto. Se abren las diversidades, una aparente desorganización

¹ Las teorías de las **estructuras disipativas o teoría del Caos**, constituyen la aparición de estructuras coherentes, **autoorganizadas** en sistemas alejados del **equilibrio**. Se trata de un concepto de **Ilya Prigogine**, que recibió el **Premio Nobel de Química** «por una gran contribución a la acertada extensión de la

teoría termodinámica a sistemas alejados del equilibrio, que sólo pueden existir en conjunción con su entorno».

El término *estructura disipativa* busca representar la asociación de las ideas de **orden** y disipación. El nuevo hecho fundamental es que la disipación de **energía** y de **materia**, que suele asociarse a la noción de pérdida y evolución hacia el desorden, se convierte, lejos del equilibrio, en fuente de orden. (Wikipedia).

está dando origen a una nueva organización, que puede ser entendida en psicoanálisis, como la posibilidad de creación permanente de inscripciones en un inconsciente que será considerado como un sistema abierto. En relación a la sexualidad, tema que nos ocupa en esta ocasión, podemos pensar en un mundo de diversidades, en el cual los rasgos identificatorios van formando ensambles que permiten tantas combinaciones como singularidades existentes. La teoría del Caos nos dice que una mariposa que mueve las alas en Japón puede producir modificaciones a miles de kilómetros de distancia. Las figuras investidas libidinalmente que circundan los sujetos pueden producir transformaciones inesperadas según la forma de destino en que los rasgos identificatorios son incorporados, formando conjuntos absolutamente inesperados en los sujetos que de ellos se apropian. La teoría de las estructuras disipativas tienen como punto de partida el no equilibrio. Freud se resistía a considerar lo imprevisto o el azar como un elemento determinante en la consideración de una historia. Para Freud siempre había un hecho pasado que daba el sentido a la historia presente. El papel de lo imprevisto nos abre el camino para pensar en la neogénesis

Los pares duales que instauran la diferencia femenino-masculina, activo- pasivo, penetrante - penetrado, fálico- castrado se desordenan, permeando la diversidad y no la diferencia.

En un artículo de mi autoría, "La organización genital infantil" (A organização genital infantil, publicado en Brasil en 1997), hago una lectura del texto freudiano homónimo, cuestionando algunos conceptos allí vertidos. Proponía una revisión de la forma en que Freud organiza el mundo de la sexualidad, a partir de un análisis de la diferencia fálico-castrado donde coloca lo masculino como un universal. En su trabajo, Freud asimila lo genérico humano a lo masculino. Donde lo genérico está presente, sólo se puede ver la percepción del otro, que no es igual a lo único, como castrado, estableciendo una defensa de renegación o desmentida para toda percepción que se manifiesta como lo distinto. Freud apela a una teoría sexual infantil, que le permite pensar que hay una única percepción, la presencia del falo, y si este no está a la vista es porque está escondido o aun no creció. Se pierde la riqueza y la diversidad y se

instala la diferencia de todo aquello que no es igual a sí mismo definiéndolo por negatividad. Al romper esta lógica elaborada por oposición binaria, nuestro horizonte se amplía y nos confrontamos con la existencia de los que tienen y de todas las otras formas posibles de reconocer en los otros que tienen otra cosa, modalidad ésta, donde todas las combinaciones son posibles, inclusive las no pensadas.

Utilizando estos nuevos paradigmas podemos encontrar en el cuerpo teórico del psicoanálisis, un nuevo modelo para trabajar con los conceptos ya conocidos, revisándolos y cuestionando el planteo del cogito cartesiano, del saber único. Conservar la singularidad es fundamental en la investigación analítica. El psicoanálisis privilegia una relación transitoria con la verdad y es también este saber el que hace del psicoanálisis una profesión imposible.

Teorías de género y psicoanálisis

¿Qué efectos produjeron en nuestro campo la incorporación de los estudios de las teorías de género, cuando en lugar de ofrecernos herramientas diferenciadas que agregan y nos obligan a repensar algunos elementos de nuestra teoría, alertándonos sobre los elementos ideológicos que la impregnan, vienen a tomar un lugar de verdad que anula casi la totalidad de nuestra elaboración teórica, descalificándola y hasta empobreciéndola?

El problema no es de las teorías de género. La cuestión es lo que los psicoanalistas hacemos al encontrarnos con las críticas a nuestras formulaciones. Cuando lo que importa, invade y no se enlaza necesariamente con aquello que es propiamente psicoanalítico, cuando lo que llega trata de dar una explicación totalizadora de los elementos que en el psicoanálisis con su metodología podrían ser revisados, estamos en un camino errado. Nos perdemos en luchas científicas de poder y no producimos un verdadero avance.

¿Qué es necesario mantener para estar en el campo del psicoanálisis? ¿Será que las teorías de género van a dar cuenta de todas nuestras cuestiones en lo que se refiere al modo sexuado de estar en el mundo? El psicoanálisis corre el peligro de transformarse en sociología

o antropología si no tomamos el cuidado necesario para pensar lo que es específico de su campo. Las teorías de género que nos proporcionan valiosos elementos críticos para repensar nuestros postulados, tienen su alcance limitado en algunas cuestiones. De Stoller R. (1924-1991) a Judith Butler, de ésta a Beatriz Preciado, encontramos diferencias fundamentales. De estos aportes a los de Foucault M. (1926-1984) y las luchas feministas, tenemos un amplio espectro para rever la cuestión sin adherir a ninguna de ellas como verdades últimas.

El elemento central que estas teorías nos aproximan se refiere al análisis del modo de producción de conocimiento, que siempre está inmerso en un medio histórico cultural que determina la comprensión de la propia producción científica. Algunas teorías de género, en especial, en lo que se refieren a la sexualidad, alertan o desautorizan el modo en que el psicoanálisis elabora ciertos postulados, porque critica que en la producción de este saber, se toman como valores epistemológicos conceptos ideológicos de la época en que fueron producidos, lo que no deja de ser parcialmente verdadero. Pero estas formulaciones son insuficientes para invalidar ciertas construcciones que deberían ser revisitadas para una mejor discriminación. Es en esta nueva espiral que podemos reformular e inferir que ciertos elementos de la construcción teórica pueden sostenerse como pilares indiscutibles y otras precisan ser repensadas, como aquellas que le dan al falo un valor jerárquico superior impregnadas por los determinantes ideológicos de la época en que fueron elaboradas.

A partir de la separación creada entre procreación y placer, producto de fenómenos socio económicos que son resultado de la revolución industrial, la mujer ocupa un nuevo lugar como fuerza de trabajo y se reubica en el espectro de los medios de producción. Como consecuencia de este cambio y con el control de la natalidad, ya no se le destina como único papel el de reproductora, ajena al placer y al goce sexual, abriéndosele el acceso a una nueva subjetividad, lo que nos permite constatar que muchos de los lugares destinados a lo femenino, no son intrínsecos a lo femenino ni hacen parte de su naturaleza, sino que son lugares leídos a partir de una época y de la posición social que la mujer ocupaba.

En lo que se refiere a la teoría de la sexuación tenemos de S. Freud (1856-1939) a J. Lacan (1901-1981) de M. Klein (1882-1960) a J. Laplanche (1924-2012), A. Green (1927-2012) o D. Winnicott (1896-1971), una diversidad de aportes que permitieron a cada uno de ellos construir sus propios abordajes que difieren entre sí. Algunos más impregnados por valores ideológicos, otros por sostener la importancia de lo biológico, crearon sus propios conceptos metapsicológicos. Sin embargo, todos ellos se mantienen dentro del psicoanálisis porque priorizan el desplazamiento que sufre el yo y la conciencia en favor del concepto de inconsciente.

¿Qué es innegociable a mí entender para mantener la especificidad del pensamiento psicoanalítico?

- 1) El dislocamiento que hace el psicoanálisis a partir de una concepción Ptolemaica de un Yo que posee la verdad, al recentramiento del Inconsciente como un espacio extranjero que deja al sujeto a merced de lo desconocido en sí.
- 2) El desplazamiento que Freud produce en los Tres Ensayos (1905/1985) al demoler el preconcepto de una sexualidad preorientada instintivamente en el hombre, en beneficio de una pulsión que solo encontrará su objeto de manera aleatoria en su historia individual, objeto éste, esencialmente vicariante y contingente. Esta sustitución saca al sujeto del campo de la pura biología y lo constituye en su propia diferencia fuera del determinismo biológico con valorización de la fantasía y el lenguaje.
- 3) La sexualidad infantil como camino por el que transita la formación de la subjetividad. Esta idea que tanto le costó al psicoanálisis imponer porque rompía con las necesidades de la época de mantener al niño inocente y alejado de los pecados del deseo, no puede ser fácilmente renunciable. Sobre todo cuando vemos al pequeño sujeto perverso polimorfo circular por un cuerpo erógeno que le produce placer.

Metapsicología

En consonancia con la metapsicología que trabajo, próxima al pensamiento de Laplanche, el inconsciente se origina como producto de la represión originaria y se nutre de la sexualidad infantil reprimida que es implantada en el encuentro con la alteridad. La tópica psíquica se constituye en el marco de la tópica intersubjetiva. El aparato psíquico se constituye en una perspectiva histórico-vivencial- estructural, en la cual hay verdaderos momentos de organización psíquica que permitirán la reubicación de elementos constitutivos en constituyentes. Estos fundamentos son centrales para ver de qué modo lo que nos llega del otro hace marca, pensando que el inconsciente tiene un realismo histórico vivencial. Parto de la idea de que el inconsciente se constituye más allá del discurso del cual emerge o se da a conocer, adhiriendo a la fórmula que Laplanche plantea en el coloquio de Bonneval (1987) donde junto a S. Leclair (1924-1994) postulan que el inconsciente es la condición del lenguaje. Es a partir de estas concepciones que deseo reforzar la idea de que hay enunciados en la teoría psicoanalítica que pueden cambiar, pero hay constituyentes básicos que se mantienen como pilares vigentes. Aun considerando diversas conceptualizaciones metapsicológicas, se impone la radicalidad del inconsciente en el campo del deseo y en la forma en que se transita por el camino de la sexuación en la inscripción de la alteridad.

¿Cuál es entonces la cuestión? Pienso que la adhesión masiva a las teorías de género, nos posiciona en un psicoanálisis del Yo, en el cual todo lo que tendríamos que decir sobre la sexualidad infantil perversa polimorfa y el Complejo de Edipo, depende exclusivamente de elementos conscientes, históricos y sociales y no de modos inconscientes de elaborar las identificaciones, la prohibición del incesto o el encuentro con el adulto y su sexualidad que implanta su propio deseo a partir de su inconsciente.

Corremos el riesgo de que al tratar de anular los efectos deletéreos que produce la concepción jerárquica del falo, apaguemos las marcas de la diversidad sexual de los procesos identificatorios.

Se hace necesario considerar que el problema de la diferencia y de la diversidad sexual sobrepasa los límites de la pura interrogación sobre las influencias culturales y sociales de la época y nos habla de elementos inconscientes que actúan en la formación de la identificación sexual. El lugar del deseo del otro, así como la implantación del objeto fuente de la pulsión, tienen que ver con el inconsciente del adulto que se ofrece al niño como matriz por la cual circulará el camino de su sexuación. Estos caminos están definidos por las elaboraciones Edípicas, aun entendiendo el Edipo de una forma no exclusivamente familiarista. Siempre se ejerce un impacto en el encuentro del adulto con el niño, independientemente del papel que represente. Teniendo en cuenta que las figuras que en parte lo determinan, están constituidas por los rasgos sumatorios que implican la conjunción “y” y no “o”. Dichas figuras se complejizan y no representan oposiciones dicotómicas, donde también las definiciones de género están preñadas por elementos que incluyen la complejidad y la diversidad. Hablamos hoy de casamientos homoparentales donde se ejercen de una forma bien diversificada los papeles que antiguamente se atribuían al hombre o a la mujer en la unión estable. Tendríamos que entender que ya no hay un concepto biunívoco de lo que es una madre o un padre, así como lo que es en esencia “femenino” y “masculino”. Por esto pensamos que los diversos trazos a ser recorridos no responden solo a patrones histórico-culturales, sino también a los caminos del deseo inconsciente que sitúa la relación intersubjetiva.

Sin duda que en el texto freudiano, en lo que se refiere a la identificación, sexualidad y Edipo, hay valores que se desprenden de los valores axiológicos de la época. Freud produce la teoría de la primacía del falo en una época del surgimiento del feminismo donde están en cuestión los valores axiológicos que se refieren al papel de la mujer que se defiende de la hipervalorización androgénica. Afirmar el valor jerárquico superior del falo, es casi una tentativa política de lucha contra la igualdad de papeles y de esta producción no sólo es responsable el momento histórico, sino también la propia historia y biografía de Freud.

Por lo tanto creemos que las nuevas lecturas nos obligan a rever estos postulados y a repensar los caminos de los procesos identificatorios, ya que si la entrada y la salida del Edipo, no pueden considerarse exclusivamente a la luz de la angustia de castración y la envidia del pene, otros serán los resortes que empujan este proceso, esto no implica anularlos o desconsiderarlos, sino pensarlos a la luz de las nuevas ideas.

Deleuze y Guattari, en el *Anti-Edipo* (1972) ya cuestionaban el camino de la sexualidad en Freud, ridiculizando la “imbécil dialéctica binaria de dos sexos” y formulando teorías de flujos y devenires. No por esto el psicoanálisis dejó de producir teoría, pero tampoco dejó de preguntarse sobre las cuestiones que esta teoría nos ofrecía.

Creo posible recorrer otros caminos a partir del texto “Sobre las transposiciones de la pulsión, en particular sobre el erotismo anal” (1917/1979) en el cual, al desenvolver el concepto de ecuaciones simbólicas, sin atribuir un lugar de máximo valor a ninguna de ellas, Freud se mantiene en el campo de la diversidad y no trabaja los conceptos por exclusión binaria. Penes, bebés, regalos, dinero, heces, están entrelazados por un signo igual, sin hacer de ninguno de ellos un referente último del cual todos los otros son dependientes.

Conceptos como la envidia al pene, la forma que describe el super-yo femenino y darle a la mujer adulta el lugar de la histérica, no son los únicos modos posibles –para entender el camino de la sexuación femenina. Podemos decir que estos tres conceptos se formulan a partir del artículo de Freud “La organización genital infantil” (1923/1986a), en el cual afirma la primacía del falo y a partir de esta posición se desprenden todos los elementos que van a definir el camino de la sexuación de la mujer. Aquí el texto freudiano está determinado por conceptos ideológicos, pero a lo largo de su obra nos ofrece otros caminos posibles para transitar estos temas.

Tanto el camino de la masculinidad como el de la feminidad pueden tomar otros rumbos si no partimos de la primacía jerárquica del falo y nos abrimos a una nueva paradoja de la potencia femenina. Podemos pensar la envidia como aquello que se desea porque no se tiene y no

necesariamente porque es mejor. Pero lo que no se tiene no es una cosa única, y necesariamente opuesta, lo que no se tiene está determinado por multiplicidad de deseos de otras posesiones.

Me inclino a trabajar con la idea de “diferencia no oposicional”, como formula Derrida (1968), que nos permite una forma de repensar la diferencia sexual en términos no de oposición, sin connotación jerárquica o binaria, de forma de conferir valor a lo femenino fuera de la estructura patriarcal que mantiene lo masculino como patrón.

La diferencia es cada vez menos pensada en relación a las estructuras binarias, la diferencia es lo que no es igual, pero no es tampoco lo opuesto. Estamos en una época de policromatismos y poliformismos. La sexualidad no puede mantenerse ajena a estos movimientos. A cada momento nos confrontamos con combinaciones impensables de figuras y estéticas que denotan nuevas formas de sexualidad.

Entender que el tercero aparece como rival porque separa, no tiene que ver necesariamente con la posesión del falo. Puede tener que ver con el deseo de no perder lo que se tiene, o también con el deseo de tener todo lo que se puede tener, sin por esto considerar que existe la completud sin fisura. Decir que la mujer desprecia a la madre porque descubre que no le dará el falo y es esto lo que la hace girar hacia el padre, es producto de un análisis parcial donde se niega la ambivalencia y ambigüedad del deseo inconsciente. Esta postura no toma en cuenta la valorización que después hará de ella por todo lo que tiene de positivo y que sí le puede dar.

Si observamos la conducta de los niños, y no tratamos de negar las percepciones que descalifican la teoría previa, vemos que los niños desean también tener hijos en la panza, se colocan almohadas o muñecas debajo de la blusa, imitando a las mujeres embarazadas, no porque estos equivalgan a penes, sino porque representan la potencialidad de crear. Si no fuese por las duras represiones que sufren los niños acosados por los gritos que le dicen: “esto no es cosa de hombres”, “debes parar con esto que es cosa de mujer”, quizás los hombres tendrían más espacio para elaborar una sexualidad adulta, más libre y menos amenazada por

el temor a mostrar rasgos censurados por la cultura del momento. Sin embargo, si una niña se coloca una espada entre las piernas, o hace pis parada, no es tan reprimida porque parecería que esto amenaza menos, no solo porque la castración horroriza y se festeja su negación, sino porque se apuesta a la hipótesis biologista del instinto maternal que reencaminará su destino. No se la ve como un hombrecito pero si como alguien que juega a tener varias cosas. Se la ve en la diferencia y en la diversidad.

En la época de identidad de género deberían aceptarse todas las conductas lúdicas que permiten ensayos de placer, multiplicidad de posiciones y diversidad de experiencias para que los niños entren, en el camino de la sexuación y el Edipo, munidos de un abanico de situaciones que les permita desarrollarse con más libertad.

Los lugares del Edipo no son lugares vacíos, son lugares demarcados por la singularidad de una historia donde los papeles no los juegan solo los padres, sino también los diversos deseos que circundan al niño. La entrada en las guarderías de los niños de meses, la incorporación a la escuela a partir de un año, la proliferación de empleadas, vecinas, choferes, abuelos y otros, hacen que se marque al niño desde muy temprano, a partir de una multiplicidad de deseos y a veces muy contradictorios. Decir que la madre es la madre, y el padre es el padre, y por esto tienen un peso libidinal mayor, es negar una realidad que a veces muestra estrictamente lo contrario. Las teorías sexuales son válidas en cuantas fantasías imaginarias elaboradas por el infans para dar cuenta de su relación con los otros. El mundo está invertido multifacéticamente, y en contrapartida las identificaciones son múltiples y se realizan en función de rasgos y no de univocidades.

En los Tres ensayos (1905/1985) Freud nos habla de perversidad polimorfa, donde el deseo camina por senderos diversos, y los caminos de lo erótico no se diferencian en la dicotomía binaria de hombre –mujer, donde los diversos órganos son libidinizados sin apelar a la diferencia sexual. Boca, ano, piel, audición no se diferencian entre femenino y masculino, ya que todo órgano es pasible de ser erotizado, libidinizado y porque no, sexuado. Pensar la perversión

como todo aquello que se aleja del fin sexual natural procreativo implica una biologización de la sexualidad.

Siguiendo a Laplanche planteamos que entre el comportamiento significativo cargado de sexualidad vehiculado por el discurso-deseo de la madre y la representación inconsciente del sujeto no hay continuidad ni pura interiorización. Entre ambos hay una descualificación, producto de un metabolismo que impone descomposición y recomposición. La idea de desconstrucción derridariana toma nuevamente un lugar. Laplanche (1987) se vale del concepto de metábola para dar cuenta de esta situación.

De este modo, propongo dos caminos posibles de análisis que delimitan el campo de la sexualidad:

- 1) Identidad de Género (aspectos conscientes)
- 2) Identidad sexual (sexuación, aspectos inconscientes)

Identidad: Trabajamos este concepto que nos ofrece la psicología, como modelo mimético de identificación primaria teñido por la identificación de género, en la cual no reconocemos la existencia aun de la relación de objeto. Para la definición conceptual de identificación primaria tomamos del Diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1971) que nos dice: *“modelo de constitución de sujeto sobre el modelo del otro, que no es secundario a una relación previamente establecida”* (pag.196). Se trata de una identificación directa e inmediata que se sitúa antes de la catexia de objeto. Se basa en el juego mimético de actitudes sociales, de adaptaciones perceptivas y motoras que constituyen un primer Yo corporal. Desde este punto de vista la sexualidad es un rasgo, una huella más de las que operan en este proceso, ya que se trata también de una identidad ontológica que ofrece matrices para recortarse y diferenciarse del otro. Esta forma de entender el proceso de identidad dentro del cual la sexualidad y el Edipo son un elemento más, podemos encontrarla por ejemplo en Winnicott, donde el proceso de subjetivación, se basa fundamentalmente en la importancia atribuida a la madre y al ambiente suficientemente bueno y los procesos que ofrece el objeto transicional para posibilitar el contorno y el proceso de separación

que propiciará la construcción del sí mismo. Para Freud el modelo básico es el de incorporación oral -forma más primitiva de lazo afectivo con un objeto aun no diferenciado del sujeto-. Imitación como nos dice Jean Florence (1994) es “un efecto secundario a nivel del yo que se desenvuelve en el plano de la representación pre-consciente del cuerpo y por la vía de las actitudes sociales, de las adaptaciones perceptivas y motoras del yo corporal”². Aquí la teoría de género tiene una determinación fundamental y opera según modelos ofrecidos por lo cultural, cambiantes en el devenir de la historia, según el lugar que el hombre, la mujer y los trans-géneros ofrecen como modelos.

La identidad de género es anterior a los procesos de identificación secundaria, consecuencia del Edipo. Esta situación con el otro del espejo o de los innúmeros de espejos en que se refleja y se desdoblan, puede ser femenina, masculina u otras para cada sexo, pero es atributiva de los patrones sociales. Glitter, estrellitas o color rosa para mujeres, armas, espada y azul para los hombres nada tiene que ver con la diferencia de órgano que determina el sexo. Las diferencias y las desigualdades no derivan de la biología y si de la simbolización que se hace de ella. Son más modelos preformativos que nada tienen que ver con la sexualidad de llegada. Es una atribución parental de adecuación al papel social de época, determinada por la apariencia externa como una insignia para ser identificado por el medio, ya que los órganos sexuales no están a la vista. A no ser en poquísimos casos de bisexualidad orgánica, nacemos con un sexo biológico, el cual no nos obliga a asumir la sexuación que corresponde al órgano, ya que esta es una construcción que se elaborará en el transcurso de una vida. En este caso anatomía no es destino.

Identidad sexual. La Identificación como proceso de sexuación.

En rigor no es posible mantener el término sexo del lado de la anatomía, género del lado de los procesos sociales y fenómenos antropológicos y sexuación del lado del inconsciente. La propuesta es trabajar con el ensamble, con el tejido en malla de todos estos registros, en el cual

ninguno anula definitivamente al otro y va constituyendo al otro. Es en el entrecruzamiento de un caos estructurante, que podemos dar cuenta de mantener los aportes de la teoría psicoanalítica y de género deslizándose a lo largo de una teoría estructural y vivencial de los procesos psíquicos.

Es necesario retornar a los escritos psicoanalíticos freudianos y pos-freudianos para discriminar qué corresponde a elementos de ideologización de la cultura que producen postulados que ponen en cuestión formulaciones propias del psicoanálisis y, entender qué es lo que hace parte de un inconsciente organizado por los intercambios deseantes y sus diferentes sistemas, teniendo en cuenta cómo opera la segunda tópica, cómo funcionan los enraizamientos del Yo en el inconsciente y pensando cómo deben ser reconsiderados dentro de una nueva comprensión del Edipo que propone una concepción menos familiarista a partir de reconocer otras formas de vida y parentesco que emergen en el tejido social sin que se priorice la institución familia heterosexual y reproductora.

Al hacer este trabajo sugiero rever en el complejo de Edipo, el criterio de interdicción, como la prohibición del goce del cuerpo del niño por el adulto, así como el reconocimiento de la no existencia de un goce absoluto. Propongo reconsiderar el papel que tiene la angustia de castración en el niño y la envidia del pene en las niñas, como el elemento central que impulsa la implosión del complejo y su resultado en las identificaciones secundarias. El falo puede ser envidiado por la diferencia que remite a la diversidad y no por el valor jerárquico que corresponde a un elemento valorizado por la cultura en la que se formula la teoría. Es necesario replantear la existencia de un lado femenino, sin definirlo apenas por la negatividad. La positivización de lo femenino exigiría presuponer no sólo un más allá del falo, sino otra forma de erotismo que no tenga al falo como su referencia.

Propongo que las teorías de género sufran un proceso de antropofagia y metábola para que se incorporen al campo del psicoanálisis. Re-

²Traducción de la autora

pensar el complejo de Edipo no anula la posibilidad de mantenerlo como un elemento importante en el pasaje de la construcción de la sexualidad y de las identificaciones secundarias. Si bien puede no ser el elemento único que define el paradigma central de la teoría de la subjetivación, conserva la importancia que tiene la introducción de un tercero.

Si no hacemos trabajar la teoría psicoanalítica a la luz de los avances científicos, filosóficos, sociales y culturales, somos los primeros en dar a las teorías cognitivistas y al naturalismo biológico un lugar para sustituir al psicoanálisis. No se trata de una defensa corporativista de nuestro saber. Trabajar con una teoría que se reformula y que entiende la neogénesis como un elemento fundamental que aporta elementos histórico vivenciales que tienen inscripción inconsciente, nos permite entender un sujeto que cambia de posiciones en el recorrido de una vida. Una nueva elección no debe ser siempre identificada como una inscripción reprimida que viene a dar luz, puede ser una

nueva constelación creada a partir de nuevas vivencias que pueden en cualquier momento producir mudanzas en la identificación y en la elección de objeto.

Asumir una posición homoerótica, no es siempre el resultado de la aparición de algo que permaneció por años reprimido, puede ser el descubrimiento de un nuevo investimento objetal. El presente no es siempre repetición, nos alejamos de un fatalismo que desconsidera lo imprevisto, lo aleatorio que puede modificar caminos. Repensar el psicoanálisis es una forma de hacer justicia al texto freudiano.

Bibliografía

- Abbagnano, N. (1979). *História da filosofia*. Lisboa: Editorial Presença. Bleichmar, S. (2014). *Las Teorías Sexuales em Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1985). *El Anti-Edipo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Deleuze, G. y Parnet, C. (1980). *Diálogos*. Valencia: Ed. Pre-textos.
- Derrida, J. (1989). *La escritura y la diferencia*. Barcelona : Anthropos.
- Derrida, J. (1990). Différence sexuel, différence ontologique (Geschlecht I). En : Derrida, J., *Heidegger et la question*. Paris : Champs Flammarion.
- Florence, J. (1994). *As identificações*. Rio de Janeiro: Editora RelumeDumara.
- Laplanche, J. (1987). El inconsciente: un estudio psicoanalítico. En *El inconsciente y El ello (Problemáticas IV)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1971). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S.
- (1982a). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 52 En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 274-280). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1950)
 - (1982b). Proyecto de Psicología. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 323-389). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895)
 - (1985). Tres ensayos de teoría sexual. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1905)
 - (1979). Sobre las transposiciones de la pulsión, en particular el erotismo anal. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 113-123). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1917)
 - (1986a). La Organización Genital Infantil. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 141-149). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1923)

- (1986b). El sepultamiento del complejo de Edipo. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 177-187). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1924)

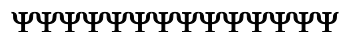
Morin, E. (2005). *Introducción al pensamiento de lo complejo*. España: Gedisa.

Prigogine, I. (1996). *El fin de las certidumbres*. Chile: Ed. Andrés Bello

Rezende, A.O. (2000). *Paradoxo da Psicanalise. Uma ciencia Pos-paradigmatica*. Sao Paulo: ViaLetera. (2000)

Sigal, A.M. (2009). A organização genital infantil. En *Escritos Metapsicológicos e Clínicos*. Sao Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

Sigal, A. M. (2002). *O lugar dos pais na Psicanálise de Crianças* (2ª ed. ampliada). Sao Paulo: Editora Escuta.



Nota: Revisión de la traducción: Mariana Britos

* Texto publicado en la revista GENERACIONES: Pensar con el psicoanálisis niños/as – adolescentes - familias”. Facultad de Psicología UBA. Año 4, nº 4. Ed. Eudeba.

** **Sobre la autora:** Psicoanalista argentina, exiliada en Brasil en 1976, donde reside desde entonces.

Ha publicado numerosos artículos en revistas. Sus libros publicados:

- “Escritos metapsicológicos e clínicos” Sao Paulo. Ed Casa do Psicólogo 2000
- “El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños” Editora Escuta, 1997.2º edición, revisada y ampliada 2002.Publicado también en Ba.As. Lugar Editorial

Profesora fundadora junto a colegas brasileiros y argentinos del “Curso de Psicoanalise do Instituto Sedes” 1997 donde da clases desde su fundación. Miembro del “Departamento de Psicanalise do Instituto Sedes” desde su fundación 1981. Representante en el grupo Articulación de las Entidades Psicoanalíticas Brasileiras desde el año 2000. Co-Directora del Curso de Clinica Psicoanalítica Conflicto y Síntoma desde 1997 en el Instituto Sedes

anasigal@terra.com.br

3.6. LA METÁFORA EDÍPICA. EL EDIPO FREUDIANO COMO MEDIADOR DE LA ENTRADA EN LA CULTURA. POR JUAN JOSÉ RUEDA*

El pasaje de Narciso a Edipo es el primer paso de la separación del sujeto de una realidad no personal a otra cuya resolución introduce al hombre en la cultura.

Narciso es un mito que se constituye como arquetipo de la aparición y de la construcción del sujeto en el mundo de la identidad. Por ello es el espejo su emblema y el bosque y el río como representantes de las fuerzas naturales su escenario (siendo a la vez el río donde se contempla, la matriz originaria de Narciso, pues su madre es una ninfa acuática y su padre es el río Céfito).

Edipo, por el contrario es una tragedia y como tal habla de lo inexorable del destino y de los avatares de la filiación. Edipo está historizado y conlleva significados pues ya participa de una estructura simbólica, representada por la ciudad de Tebas y las funciones que deben asumirse en la sociedad y la cultura. En la profecía de Tiresias, Narciso morirá si se conoce a sí mismo, es decir si puede entrar en un proceso de separación del deseo parental y constituirse frente a la esfinge edípica y su enigma:

La victoria sobre la Esfinge, es la salida de la intemporalidad nirvánica, narcotizada de Narciso (el término Narciso está compuesto de las palabras griegas Narkós, letargo e issos, similar a), esto es, el descentramiento de la idealidad. Sin embargo en el mito, Narciso muere (queda narcotizado, paralizado) atrapado en la imagen especular originada por la mirada idealizante de los padres que está simbolizada por el espejo de las aguas, de lo que podemos concluir que Narciso no es portador de ninguna capacidad metafórica pues su esencia es permanecer en el mismo lugar y de la misma manera.

La tragedia de Edipo sin embargo, pone de manifiesto aquello que hace humano al hombre, la lucha contra un destino inexorable, el dolor, las pasiones, el error, la verdad etc. Edipo, que a diferencia de Narciso que es un arquetipo, es un Hombre, es por ello trágico. El

dilema lo atraviesa, no puede no reconocer su culpa hacia la sociedad (es el causante de la peste en Tebas) pues a diferencia del Narciso mítico abandonado a un goce a-histórico, se halla inserto ya en el mundo humanizado.

Es en esa diferencia donde cobra sentido el término metáfora. Como sabemos Metáfora, del griego meta (más allá) y phoreo (llevar), significa que algo, un sentido, una posición es llevado a otro registro, a otro orden de significación generalmente más elevada. Edipo entonces, representa el paso a la estructura del Logos, a la posibilidad del pensar dentro de la cultura pues recordemos que el enigma propuesto a Edipo por la Esfinge y su resolución, tiene como objeto al Hombre. Y la respuesta desvela que el hombre (el propio Edipo), es un sujeto inmerso en la temporalidad y en la muerte y que debe ser responsable de sus decisiones, sean estas las que sean.

El Complejo de Edipo, como otras temáticas freudianas, no aparece explicado sistemáticamente en ningún texto sino que Freud va ampliando en diversos trabajos aquella primera intuición que trasmite a Fliess en los primeros años del desarrollo del Psicoanálisis y que coincide con su autoanálisis: "...la poderosa influencia de Edipo Rey **se vuelve inteligible**...el mito griego explota una compulsión de cuya existencia todo el mundo reconoce haber sentido en sí mismo los indicios". Sin embargo solo en 1910 aparece la expresión Complejo de Edipo en "Sobre un tipo especial de elección de objeto en el hombre"

El complejo de Edipo tiene una importancia estructural definitoria del modo de pensamiento psicoanalítico, pues es un nódulo universal donde se entrelazan el deseo, la prohibición con la elección de objeto y la identificación, con el Ideal del yo y con el Superyó. Es en palabras de Freud "el complejo nuclear de toda neurosis".

Para Assoum, "constituye una verdadera institución o edificio psíquico portador de un

verdadero universo (...) un mundo de “pensamiento edípico”, que se prolonga bajo la forma de actividades fantasiosas o mitológicas. Es un verdadero tema-puente de la psicología colectiva”. “Es en verdad de alguna manera el otro nombre del inconsciente”.

Podríamos rastrear dos momentos respecto a la teorización sobre Edipo en el pensamiento freudiano. En un primer momento se trata básicamente de la satisfacción de la pulsión sexual dirigida al objeto-madre, es decir que Edipo estaría constituido siguiendo un paradigma común en otras muchas teorizaciones freudianas y que consiste en que hay un existente previo al que al añadirle un estímulo va a producir un efecto. A esto Freud lo denominará Series Complementarias (lo heredado y las experiencias infantiles más el acontecimiento desencadenante generan un síntoma).

En este caso, la pulsión que es un existente previo, se dirige al objeto-madre que actuaría como un disparador que activa algo preexistente y permite su aparición y ese deseo incoercible producirá la rivalidad con el objeto-padre, al que se quiere sustituir y ocupar su lugar como marido de la madre.

Sabemos que para Freud, el niño pasa desde las necesidades vitales que la madre proporciona a construir un entramado de excitaciones erógenas en los mismos puntos donde se asientan esas necesidades a consecuencia de las caricias y tocamientos que la madre produce en el cuidado del bebé. A esas zonas predeterminadas Freud las denomina Zonas Erógenas. En determinado momento, el pene del varón ocupará el lugar central en el orden excitatorio, acompañado de fantasías sexuales respecto a ese objeto excitante que es la madre.

Este pene productor de placer es también causa de angustia en la medida que se instaura la angustia de castración originada por la amenaza implícita de perderlo a causa de la interdicción paterna. Es la angustia de castración, la angustia de la pérdida del pene, la que provoca entonces la renuncia al objeto incestuoso

Esta concepción del Edipo, que en su estructura inicial, la pulsión sexual y su prohibición, sigue el paradigma de la

concepción de la histeria, se define por la sexualidad incestuosa y ésta es la originadora de la Represión y por tanto del inconsciente de la Primera Tópica.

Pero en un segundo momento, el énfasis en la teorización va dando lugar a otras concepciones que complejizan el mecanismo pulsional vigente desde “Tres ensayos”, e irán introduciendo otros elementos que se convierten en estructurantes, sobre todo **la identificación** (desde 1921) y los correlatos conceptuales del campo del Narcisismo (1914), que produce la esfera de la virtualidad ideal y a él se refieren: el Ideal del yo, el Superyó etc., y que están relacionados con el llamado “complejo paterno”, que Freud ya presenta en el caso del Hombre de las Ratas

Desde el caso del Hombre de las Ratas (1909) hasta 1921 año en que introduce la Identificación Primaria, Freud produce los grandes textos sobre el padre como figura fundamental de la estructuración edípica: el trabajo sobre Leonardo y la ausencia del padre, el padre torturador de Schreber, el Urvater de la horda convertido en tótem, el fantasma parricida en las obras de Dostoiévski, el padre satanizado de la neurosis demoníaca de Cristóbal Waitzmann, padre dios y padre diablo, el padre que pega constituyente de la fantasía amoroso-masquista y finalmente el padre objeto de la identificación primaria de “Psicología de las masas”, identificación estructurante que mediante el “ser como” separa al sujeto del “tener incondicional”, centro de la temática materna.

La figura paterna, que remite a Jacob Freud tan presente en los primeros momentos de gestación del psicoanálisis, sobre todo durante el autoanálisis de Freud, comenzado a raíz de la muerte de éste y que había quedado sepultado por los trabajos acerca de la sexualidad y la pulsión, emerge una década más tarde convocada por ese joven abogado inmerso en la duda obsesiva, duda y también deuda referida a un padre muerto, padre muerto que en “Tótem y tabú” es elevado a la categoría de legislador

Efectivamente es con la aparición del ensayo “Tótem y Tabú” (1912), en el que, a pesar de su estructura especulativa dentro del campo mítico-antropológico, Freud introduce una concepción estructurante del Complejo de

Edipo que sitúa a la prohibición del incesto retroactivamente al asesinato de ese padre primordial, de manera que es el padre muerto el que instituye la prohibición, el tabú, en su elevación a la categoría de Tótem.

Así, lo que en un primer momento, por ejemplo en el caso Juanito, es planteado un tanto ingenuamente como rivalidad con el padre y deseo de eliminarlo para gozar con la madre desde el puro ámbito de la determinación pulsional, se transforma desde “Tótem y Tabú” en un fantasma fundamental estructurador del inconsciente del sujeto. El asesinato originario del padre de la horda primitiva, del Urvater, instituye la prohibición y por tanto la ley. En ese sentido, Edipo es **una metáfora** que promueve la entrada del sujeto en un orden social propiciador de proyecto por fuera del cuerpo materno, signo de la no separación, de la fantasía fusional y por tanto del incesto.

La prohibición del incesto es para los antropólogos posteriores a Freud (Levy-Strauss en su obra “Las estructuras elementales de parentesco”), la ley universal mínima para que una cultura se diferencie de la naturaleza. La elevación del padre de la horda tras su asesinato por parte de los hijos a la categoría de tótem que simboliza la ley que prohíbe, convierte a ese padre ligado a la satisfacción pulsional sin medida con todas las mujeres en el pivote de origen de la legalidad que asegura y por tanto del paso a la Cultura propiamente dicha.

Los fantasmas del incesto y del parricidio se configuran desde este momento como los motivos centrales de la estructura edípica, motivos universales en la medida en que todo Hombre es hijo de un padre y una madre y en última instancia el Complejo edípico da cuenta de cómo un sujeto se sitúa como vértice en un triángulo, siendo estos fantasmas modos de resolver los interrogantes de la triangularidad.

Como Freud señala acertadamente en un texto tardío, “Moisés y la religión monoteísta” publicado después de su muerte: “Este retorno de la madre al padre significa además una victoria de la espiritualidad sobre la sensibilidad y por lo tanto un progreso de la civilización. (...) a partir del hecho mismo de que la evidencia del padre no salta a la vista se abre un espacio

de juego (...) un paso cargado de consecuencias”

Este párrafo de la última obra de Freud, sitúa a modo de testamento a la figura del padre en el centro del Edipo. El padre es de ahí en adelante el articulador simbólico, metafórico del pasaje del sujeto a un orden estructurante porque al ser el padre incierto frente a la certidumbre del cuerpo de la madre, portador y gestador del hijo, del padre se duda y al ser incierta la paternidad, la instancia paterna asegura, valga la paradoja, la incerteza y por tanto la pregunta y la búsqueda.

Es por ello que Assoum destaca que “El padre no es el tema de un mito más, es el operador mismo de todo mito”. El padre es entonces **una función**, un marco dentro del cual a través de la identificación, el sujeto puede salir del atrapamiento fusional con el cuerpo de la madre que lo sujeta libidinalmente.

El Edipo en Lacan como metáfora de la experiencia subjetivadora

A partir de 1914, se produce un giro en el pensamiento freudiano de vastas consecuencias para la teoría a través del texto acerca del Narcisismo, donde Freud bascula hacia una nueva visión del sujeto humano dentro de sus desarrollos psicoanalíticos.

El niño que Freud nos presenta en “Introducción del narcisismo” ya no es más el “perverso polimorfo” de “Tres ensayos” sino que se convierte en “su majestad el niño”, de forma que el juego de miradas entre los padres (la madre) y el infans que constituyen el narcisismo incipiente vuelve a situarse en una línea de virtualidad ilusoria ligada al deseo ideal que se colma con la satisfacción alucinatoria, como en el modelo de 1900. Esta es más la línea desde la que Lacan va a desarrollar su concepción de lo edípico que se centra no en la satisfacción pulsional sino en la del narcisismo.

Es desde este punto de partida, el del Narcisismo, en el que Lacan se separa, va más allá del naturalismo biologicista del Freud de la primera época constituyendo una teorización edípica basada en el narcisismo y en la teoría estructural de Levi-Strauss, es decir que cada personaje que ocupa un lugar en una estructura es determinado por los otros y sus respectivas

posiciones en los tres vértices del triángulo. En el Edipo según Lacan no hay una variable que sea independiente, todas están mutuamente condicionadas.

Lacan considera el tiempo edípico como algo existente desde el origen dado que los padres al ser portadores de su propia fantasmática edípica crean el caldo de cultivo para la edipización del niño. Entonces en un primer momento, el niño fascinado por esa madre que lo mira arrobada quiere ser y cree ser todo para ella y quiere convertirse en todo aquello que cree que la madre desea de él. Ser amado por la madre en su perfección ideal es el deseo del infans. No son solo los cuidados maternos sobre el cuerpo los que abren la espita edípica, sino la valoración narcisista de la que el niño se siente objeto al creer que es únicamente por causa suya que la madre es feliz.

A ese lugar de valoración narcisista que el niño cree ser, identificado con el deseo de la madre, Lacan lo denomina Falo que es por tanto una formación eminentemente narcisista. En las culturas antiguas el falo en erección significaba la potencia soberana, la virilidad trascendente y mágica o sobrenatural y no la variedad puramente priápica y naturalista del poder genésico masculino.

Asimismo los lugares “elegidos”, en los que la Tierra se une al cielo (Hierogámia), los lugares de conexión entre la esfera terrestre y la celeste-espiritual, los “centros del mundo” se denominan Omfalos.

El falo es así para Lacan una representación de valor que sustituye, metaforizándola, la lógica manifiesta del pene en el Edipo freudiano. Sin embargo el pene y su carga representacional de índole narcisista está también presente en Freud, de forma que perderlo bajo la amenaza de castración produce la intensa angustia de castración que implica también dejar de ocupar el lugar de máxima valoración narcisista y es justo decir que en Freud la oposición fálico/castrado o sea pene presente/pene ausente, también constituye una oposición valioso/devaluado. El poseedor del pene es más valioso que la que no lo posee. Entramos en el orden de la valoración máxima que es indudablemente un ámbito plenamente narcisista. Para la niña no tener pene la conecta con un sentimiento de inferioridad y de ahí su deseo de tener ese pene que tiene el

varón, deseo que cursa con rabia y malestar: la Envidia del pene.

Como he señalado antes, Lacan en su desarrollo del Edipo, pone, en un primer momento, el énfasis en la madre que es la que determina diversos avatares en el trayecto de su hijo hacia la madurez. La madre que se sabe castrada significa a ese hijo como aquel que la hace sentir completa y plena de bienestar narcisista y por tanto para el niño identificado especularmente con ese deseo materno ser el falo para la madre es ser aquello que le produce la máxima felicidad.

En esta dupla narcisista el niño y la madre conforman una unidad narcisista en la que cada uno posibilita en el otro la ilusión de la perfección pero la madre es la ley misma pues se trata de una relación asimétrica, y sus decisiones son omnímodas, ella determina qué es lo valioso o lo indigno para ese hijo convertido en una parte idealizada de ella misma.

A diferencia de la madre del Edipo freudiano, ésta madre es determinante, lo preexiste, lo moldea y le aporta el deseo y la identidad dentro de esa relación dual y especular.

La figura o función paterna, que a mi entender, Lacan toma del corpus del Complejo paterno freudiano que vimos antes, es precisa para que se produzca la separación de esta dupla, de esta burbuja narcisista y se instaure lo que Lacan denomina Castración Simbólica por medio de la cual lo que se pierde no es el pene sino el falo, el lugar de la omnipotencia narcisista. A esta operación que se realiza en el ámbito simbólico, Lacan la denomina la Metáfora Paterna.

Por tanto, la castración que el padre infringe en este ámbito teórico, se refiere a la ruptura de la completud narcisista de esa dupla madre-hijo, de esa burbuja separada del mundo. La función paterna en este momento es la de poner de manifiesto que la madre no solo desea al hijo y que el hijo debe renunciar a ocupar el lugar del falo para la madre, de ser todo para ella.

El pasaje por esa castración del narcisismo implica múltiples consecuencias, que van a ir desarrollándose en la temporalidad, aunque la asunción de la pérdida no siempre se resuelve enteramente y entonces tendríamos patologías

cuyo peso específico es la renegación de ese límite impuesto por la función paterna. Por lo tanto, un atravesamiento deficiente de la castración edípica, sostiene la fijación a las fuentes de satisfacción con los objetos primarios de la completud y la identificación con el Yo ideal como también podemos denominar al falo imaginario.

La instauración del límite, el “no todo es posible”, “yo no soy uno con el otro”, “no me está permitido el goce con el cuerpo materno”, es fundamental para que se produzca una transformación gradual de ese yo ideal originario que tiende a la fusión a la indiscriminación respecto al deseo del otro para que pueda darse una evolución hacia los llamados Ideales del yo, la faz inversa del Yo Ideal; en ellos el yo se convierte en excéntrico a su idealidad y debe “tender a reconquistarla de nuevo” (o a intentarlo más bien) a través de una serie de metas ideales externas al sujeto para poder articular un proyecto sólido de entrada en la Cultura.

Viñeta Clínica

“Yo vengo porque mi mujer dice que no estoy bien...tendrá razón...yo creo que el problema es que mi matrimonio no va bien, me siento abandonado por ella, solo tiene tiempo para los niños...desde que nacieron, ¡y que conste que yo los adoro!, mi mujer ha cambiado respecto a mí...y eso me duele...”

La demanda es de otro, de la mujer-madre, lo cual ya nos indica la dificultad inicial: él no tiene demanda de saber-se. Posición infantil, es traído de la mano.

El sentimiento de abandono aparece de entrada como una causa importante de su malestar. Pero la queja suena a la de un niño al que le han desalojado de su lugar de privilegio a causa del nacimiento de los sucesivos hermanitos. Él es un padre en el manifiesto, pero un niño dañado en su narcisismo, causa de su dolor y su ansiedad. Mientras él era todo para su mujer todo estuvo bien, pero progresivamente va dejando de ocupar ese lugar y estimo que se va produciendo la quiebra de la máscara construida a través de un falso self.

La angustia por la destitución narcisista aparece con una marcada significación oral al buscar desesperada e infantilmente objetos vicarios que calmen el sentimiento de vacío, de no ser todo para el otro.

“...bueno, salgo mucho...como mi profesión me lo permite..., vuelvo tarde a casa...me voy de copas y bebo...a veces consumo drogas, pero no mucho...a veces busco alguna tía para ligar...”

Mi impresión es que el consume drogas y bebe más (y no solo ahora sino a lo largo de su vida) de lo que parece dispuesto a reconocer. No quiere ser visto como un alcohólico ni como un adicto para mantener una cierta imagen de normalidad, de que él controla su ingesta, de que, paradójicamente, no es dependiente.

En la segunda entrevista a la que asiste muy angustiado comenta que ha vuelto a fumar después de varios meses, e introduce un elemento decisivo para entender su actual estado:

“Mi madre está con un cáncer terminal...comenzó hace algo menos de un año y coincidió con un viaje de mi mujer a su país de origen...desde ese momento es cuando comencé a beber y a salir prácticamente todas las noches...”

La cercanía de la muerte de la madre (y la ausencia de la mujer-madre que coinciden en el tiempo) se revela como el verdadero desencadenante de la ansiedad ante la pérdida:

Me daba la impresión de que él necesitaba sostener un vínculo privilegiado y fusional con la madre (desplazado a la mujer), lo cual mostraba por una parte la falta de solidez de su ser adulto (ámbito narcisista) y por otro la permanencia en el tiempo del vínculo edípico de satisfacción pulsional de restitución de un lugar originario con esa madre que probablemente lo permite y lo alienta.

Pero en la siguiente entrevista comienza a hablar de lo que podríamos denominar el Secreto familiar:

“En realidad yo no soy hijo de mi padre nominal, mi verdadero padre es mi abuelo paterno, el

mío y el de mi hermana menor. Mi madre mantuvo con él una relación de muchos años...mi padre lo sabría porque ya desde el principio, discutía mucho con mi madre... no se llevaban bien...en mi casa había mucha tensión desde siempre...yo querría irme de allí, pedí irme interno y con nueve o diez años me mandaron a un internado en Suiza... (...) yo me enteré de quien era mi padre a los quince años...mi madre me lo soltó de sopetón durante un vuelo a Nueva York..."

La filiación natural está puesta en entredicho pero se mantiene un "como si" durante muchos años. La madre tiene una larga relación con el padre de su marido (¿a espaldas de éste?) fruto de la cual hay dos hijos que son a su vez hermanos del padre nominal. La posibilidad de un padre capaz de introducir la ley del incesto brilla por su ausencia y esto genera una estructura familiar perversa de la que los dos hermanos son víctimas.

La madre es la que decide qué está bien o qué está mal, qué se puede o no se puede hacer y es descrita por el paciente como similar a una madre totémica cuya gordura mórbida actual, me sugiere alguien que ha devorado a todos los personajes de su entorno y que sostiene a su hijo dentro de ella sin permitirle salir de la repetición de la búsqueda de mujeres-madre.

La comunicación de esta estructura familiar perversa es para mí la causa inmediata del abandono del espacio terapéutico por cuanto eso le confronta con un núcleo que debe seguir estando escindido, como si nada tuviera que ver con él así como con un sentimiento de vergüenza muy intenso. Se excusa por un problema de movilidad respecto a que le es muy difícil venir a la consulta porque le han retirado el carnet de conducir al haberse

quedado sin puntos (y vive en una urbanización relativamente lejos de Madrid). Esta excusa que a la vez manifiesta su tránsito por el filo de la ilegalidad le permite distanciarse del ámbito analítico que representa justamente la posibilidad de entrada en una legalidad que él no puede-quiere asumir.

La estructura familiar que este paciente sostiene y que le forja es nítidamente perversa aunque desgraciadamente es imposible conocer mucho más en detalle los motivos conscientes e inconscientes de todos los personajes de esta trama. Sin embargo si pienso que son posibles algunas apreciaciones clínicas acerca del escaso material con el que contamos.

La ley de la paternidad está totalmente subvertida y crea un ámbito donde todo es posible. El hecho de que la confesión de la madre acerca del origen del hijo se produzca en un vuelo transoceánico, sin relación a la tierra puede ser interpretada como un escapar de la ley, por encima de la ley de la gravedad, como un más allá del bien y del mal que la madre (no sabemos si seductora o seducida por el abuelo) encarna. La figura del padre, al menos del que debiera serlo, se encuentra así para este hombre radicalmente destituida de su función normativizante y por tanto las consecuencias de esa falla, más allá del "como si" de la apariencia, se manifiestan en el quedar en manos de la madre-ley que seduce y se ofrece como objeto de fusión interminablemente reproducida en todas las demás mujeres. ("Yo nunca pude estar sin una novia a mi lado")

La ley paterna, la metáfora, no puede sacarle del apego al cuerpo calmante de la mujer madre

ψψψψψψψψψψψψ

***Sobre el autor:** Juan José Rueda. Psicoanalista. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (IPA). Ex -docente de EPNA y Elipsis. Coordinador de diversos seminarios sobre la obra de Freud y sobre el narcisismo y la patología narcisista. Ex -miembro de la Junta directiva del CACI (Centro de atención Clínica e Investigación), órgano dependiente de la APM. Docente de AECPPNA.

4 PSICOANÁLISIS Y CULTURA (TEXTOS)

4.1 DIALOGANDO SOBRE LA CREENCIA. SUSANA KAHANE Y LYA TOURN*

La importancia del lugar que ocupa la cuestión de las creencias en psicoanálisis se ha ido imponiendo a las autoras a lo largo de sus experiencias clínicas, profesionales, institucionales y personales y confirmando a través de las lecturas, reflexiones e intercambios mantenidos durante estos últimos tiempos.

La convicción de que, contrariamente a lo que dejaría esperar el discurso contemporáneo dominante al enfatizar los prodigiosos adelantos de la ciencia, de la técnica y de los conocimientos, los humanos del siglo XXI nos hallamos por lo menos tan sumergidos en las creencias como ocurría en el más remoto pasado se afirma a lo largo de este diálogo.

Esto invita a interrogar desde el psicoanálisis aquello que, en el fundamento mismo de la creencia, viene a contradecir lo vehiculado por el discurso consciente – tal como puede ocurrir

con un lapsus, un síntoma o un acto fallido en una cura analítica – develando “otra verdad”.

¿Qué significa creer en Dios, en el Diablo, en las brujas, en los espíritus, en la existencia del alma, en la inmortalidad, en la transmisión de pensamientos, en la suerte, en el destino, en el psicoanálisis, en el inconsciente, en la ciencia, en el dinero, en tal o cual teoría, en tal o cual dispositivo político, ideológico, económico, social, educativo o curativo...?

¿Qué diferencia existe entre la creencia, la convicción, la fe y la confianza, entre las creencias inconscientes y las creencias conscientes, asumidas como tales?

El “progreso” del siglo XXI no parece haber conseguido desterrar el poder de las creencias, que florecen e imperan en los dominios más variados e inesperados. ¿Para qué sirven? ¿Qué función cumplen en las sociedades de todos los tiempos?

ΨΨΨΨΨ

LT: La pregunta para empezar este diálogo podría ser, entonces: ¿Cómo pensar desde el psicoanálisis esa asombrosa fuerza que empuja a los humanos a someterse a las más variadas creencias, la mayoría de las veces sin albergar duda alguna, atribuyéndoles a éstas la condición de verdades, o sea, negando rotundamente la condición de creencia de aquello a lo que se someten?

SK: La referencia que haces al “sometimiento” me hace pensar en las formas veladas, a veces oscuras, en las que se produce y se transmite la creencia.

¿Por qué razones, el ser humano pondría su afecto, su ánimo y su fe en hechos no demostrables por el raciocinio cuando, aparentemente, va en busca de la verdad, de la comprensión, del conocimiento? ¿De qué clase de “sometimiento” se trata?

Seguramente son muchas y poderosas razones las que están en juego creando, manteniendo y perpetuando una creencia. Razones intrínsecas y extrínsecas ligadas entre sí. Transmisiones de la cultura, el lenguaje, el poderoso papel del Superyó a través del cual operan el pasado y la tradición, las identificaciones, y todo ello articulado con lo impensable, con lo incomprensible...

Indefensión, temores e identificaciones formando parte de la visión del mundo, de los esquemas cognitivos, de las filias y fobias, de la afectividad del sujeto facilitan la creación de un tejido propicio para la búsqueda de certezas tranquilizadoras. Me pregunto qué clase de temores, qué angustias provocaría el dato perceptivo para conducir al desplazamiento, a la desmentida, desembocando en la creencia.

LT: Lo que acabas de subrayar con respecto al sometimiento a las creencias me trae a la memoria un ejemplo entre muchos a propósito de la diferencia anatómica entre los sexos, aportado por una joven psicóloga en un grupo de supervisión clínica que yo dirigía en París hace unos cuantos años...

Esta joven, buena lectora de Freud, nos relataba su perplejidad ante su propia reacción a las palabras de un niño de 4 años quien, en tono confidencial, pero visiblemente orgulloso, le había declarado: “Yo ya sé cuál es la diferencia entre los nenes y las nenas: los nenes tienen “pito” (“zizi”, en francés) y las nenas...” “¿Y las nenas?”, le había preguntado ella. “Las nenas... no tienen *nada*.”, había respondido el chico.

Lo que esta joven psicóloga aportaba al grupo no era la anécdota – que resulta banal para todos aquellos que están habituados a escuchar a niños de esta edad – sino *su propio*

estupor ante el acuerdo que las palabras del niño habían suscitado en ella y el sentimiento de vergüenza que esto le había provocado.

“¡Me escuché pronunciar interiormente “no tienen nada” junto con el niño!”, decía. “¿Cómo no se me ocurrió decirle *lo que las nenas tienen?*... ¡Esto me dio vergüenza!... Creo que hasta me sonrojé...”.

Más allá de su significado personal, que no viene al caso, el interés de esta anécdota reside en que el estupor y la vergüenza provocados en la joven psicóloga por la insospechada persistencia *en sí misma* de la creencia infantil – “las nenas no tienen nada” – revelan de una manera particularmente elocuente la fuerza de arraigo del “sometimiento” a la misma.

Me parece que esto se puede poner en relación con lo que dice Freud en su admirable texto de 1925, *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos*. Allí destaca que el descubrimiento precoz de la diferencia anatómica de los sexos – y esto hace referencia, justamente, a lo que tú decías hace un momento sobre los efectos del dato perceptivo – *no retiene la atención del niño ni le provoca angustia*. Es solamente cuando *una amenaza de castración adquiere influencia sobre él* (y en realidad, poco importa el origen, la intención o la formulación de la misma) que este descubrimiento se vuelve significativo y *lo somete* (la palabra es de Freud: *unterwirft*, de *unterwerfen*, someter) *a la creencia (Glauben)* de la realidad de la castración.¹

SK: Esta anécdota vuelve a marcar cuán intrincada es la relación entre angustia y creencia y el papel fundamental que esta última cumple como defensa.

¹ S. Freud, *Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds*, GW XIV, p. 23-24. (Yo traduzco.)

¿Qué hacer ante la angustia? Se hace necesario confiar, creer.

Como tú bien dices, *Glauben* es el término que utiliza Freud (creer, creencia) cuando *Glaube* se traduce, en una de sus acepciones, por “confianza”.

Pero antes de ir más lejos en el análisis de esta relación, creo que vale la pena hacer un pequeño apartado para pensar en el origen de esta palabra en nuestra lengua. Se asume que el verbo creer, que proviene del latín, *credere*, se formó a partir de las raíces indoeuropeas *kerd* (corazón) y *dhé* (poner). Creer, entonces, sería poner el corazón, la confianza en lo transmitido. ¿Cómo se organiza esta transmisión? Según afirma Freud en 1914 en su *Introducción al narcisismo*, se organiza a partir de lo ausente, de lo que falta en la realización de los sueños de deseo.

Me parece interesante la gran polisemia que contiene el concepto de transmisión en Freud. Utiliza *die Erbllichkeit* cuando se refiere a la herencia, *die Vererbung*, lo transmitido por legado o herencia, *die Erwerbung*, lo adquirido por transmisión, *die Übertragung*, el hecho de transmitir. Evidentemente, nos habla de un proceso intersubjetivo, sea por legado, por amenaza o por sometimiento, pero en ello estaría el corazón. El afecto.

LT: Sí. Me gustaría insistir sobre lo que dices acerca de la utilidad de pensar el origen de la palabra creencia y sobre la polisemia freudiana. Creo que se trata de un punto importante que se presta a menudo a malentendidos.

Contrariamente a lo que ocurre con el léxico alemán, que no establece distinción entre *creencia* y *fe*, puesto que dispone de una única palabra – *der Glaube* – para designar a ambas, la palabra *creencia* tiene la particularidad de

reunir en sí dos ideas diferentes: la idea de *opinión* y la idea de *fe*.

En este último sentido, “fuerte”, de *fe*, que es precisamente el que nos ocupa en nuestro diálogo, *creer* – estar convencido de la verdad o de la existencia de algo – excluye la duda e implica la certeza. La *creencia*, entonces, no hace referencia a verdades o a hechos demostrables por el raciocinio, sino a aquellos pensamientos, ideas o sentimientos en los que uno pone el afecto, el ánimo, la fe. Como tú lo subrayabas a partir de su etimología, la creencia resulta de dar *fe*, de *confiar* en lo que alguien afirma por razones extrínsecas a lo que se afirma: emociones, sentimientos, razones “del corazón”.

Pero, por otra parte, tanto *fe* como *creencia* arrastran consigo el peso de su dimensión material y profana... Esto se oye a través de un sinnúmero de derivados que se entrecruzan continuamente en la lengua corriente: *fidelidad*, *buena fe*, *confianza*, *confiar*, *fiar*, *fianza*, *infidencia*, *credibilidad*, *credulidad*, *crédito*, *credencial*... y también de expresiones como *depositar su confianza*, *dar crédito*...

Para terminar, quisiera añadir que lo que nos ha llevado a ambas a detenernos como lo hemos hecho en el origen de la palabra *creencia* no es un interés etimológico o histórico sino un interés psicoanalítico. Se trata, sobre todo, de poner en evidencia lo que se oye, lo que *insiste* en aquello que Lacan llamaba “disque ourcourant”². El juego de palabras resulta difícil de traducir... Lacan lo utilizaba para dar cuenta de lo que, desde lo que Freud llama inconsciente, da vueltas a través de la palabra, gira, *circula* sin fin en el discurso de los “hablaseres”.

SK: Claro. Aquello que circula y al fin termina haciéndose propio en tanto habilita el

² De la expresión francesa « discours courant », que significa discurso corriente.

sentimiento de pertenencia tomando en cuenta que el sujeto se re-crea a través de identificaciones en cada uno de sus vínculos y en cada contexto.

Esta sería una de las razones operando: la necesidad de pertenencia, de sentir que uno no está solo en esta creencia, que hay un “nosotros” que nos respalda. Apoyados en este “nosotros” y en la fe, en la confianza que despierta esta pertenencia, pueden producirse fallos, errores e injusticias en todos los aspectos de la vida social. En el orden de la jurisprudencia, por ejemplo, las formas de recolectar y evaluar evidencias puede verse influida por creencias, con amargas consecuencias, conduciendo a falsos veredictos.

Me parece inevitable interrogarnos respecto de nosotros en tanto psicoanalistas. Anclados a la pertenencia a nuestra profesión, con sus principios y su fundamentada teoría, ¿somos capaces de escuchar libremente, desmarcándonos de nuestras convicciones?

Pensándolo desde el punto de vista de nuestra tarea, aparece claramente la vertiente “imposible” de la misma. Por una parte, facilitar desprenderse de creencias – con el desgarramiento que ello implica – mientras por la otra, comprender la importancia vital de creer para el ser humano, quien se encuentra en perpetuo debate entre el empuje pulsional y la necesidad de socialización para su propia supervivencia.

Tú planteabas al comienzo de nuestro diálogo una pregunta clave: ¿cómo pensar desde el psicoanálisis esta fuerza que tiende a atribuir a las creencias la condición de verdades?

Un intento de empezar a responder a ello sería justamente tomar en consideración esta condición del ser humano precisado de vivir con un yo doblemente escindido. Debe reprimir

demandas pulsionales para poder convivir, pero, a la vez, debe desmentir lo que la realidad externa le produce, el temor a lo desconocido y la imposibilidad de comprender, de conocer.

En tanto la realidad objetiva es inalcanzable, se necesita de la creencia para inscribir una realidad psíquica.

Quisiera volver a la anécdota que has contado, ya que me hace pensar en esta forma particular de operar del aparato mental por la cual recuerdos, razonamientos y representaciones adquieren prioridad sobre las percepciones produciendo una reinscripción que les aportaría significado. Cuando en 1937, en *Moisés y la religión monoteísta*, Freud plantea su sospecha de que la acometida en dos tiempos de la vida sexual estaría relacionada con el acontecer histórico de la humanización (*Menschwerdung*), lo relaciona con el desarrollo del lenguaje que, afirma, desembocaría en la omnipotencia del pensamiento. Planteaba ya unos años antes, refiriéndose a ello: “...la creencia en que los procesos objetivos del universo marchan por los caminos que nuestro pensar les prescribe”³. Tendríamos aquí otra de las razones para la formación de la creencia, y esta sería del orden intrínseco.

LT: Me parece que esto que acabas de decir destaca claramente la relación entre la amenaza de castración, el fantasma de castración, el desamparo originario del humano, su condición de “hablaser” (según la expresión consagrada por Lacan) y el sometimiento a la creencia.

En ese mismo sentido, se me ocurre añadir que, en *El porvenir de una ilusión*⁴, cuando analiza la relación entre creencia y verdad, Freud subraya el lugar ocupado por la *prohibición de la duda* en la creencia – particularmente en lo que concierne al dogma

³ S. Freud, « En torno a una cosmovisión », 35a. Conferencia in *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE XXII, p. 153.

⁴ S. Freud, *Die Zukunft einer Illusion* (1927), GW XIV.

religioso. También pone allí claramente en evidencia el estrecho vínculo que tanto la creencia como la eficacia de la prohibición de la duda mantienen con el estado de desamparo (*Hilflosigkeit*) originario del humano.

En *Moisés y la religión monoteísta*, obra monumental que tú citabas hace un momento y que, según Lacan, fuera escrita enteramente para explicar los fenómenos fundamentales de la creencia⁵, Freud vuelve sobre el célebre postulado “*Credo quia absurdum*” (“Lo creo porque es absurdo”) ⁶, según el cual las creencias religiosas estarían *por encima* de la razón.

Pero ahora me gustaría recordar el breve poema juvenil de Goethe citado por Freud en *El malestar en la cultura* ⁷, tantas veces evocado por ambas en los intercambios informales que precedieron a este *Diálogo*:

“Quien ciencia y arte posee,
tiene también religión;
Quien ninguno de los dos posee,
¡que tenga religión!”⁸

A partir de todo lo dicho anteriormente, creo que cabe interrogarse acerca del significado implícito de estas estrofas, más allá de su ironía o de su aparente evidencia.

Por un lado, resulta difícil no oír en las dos últimas que, sin la *creencia* en la existencia de una vida mejor más allá de la muerte, tal como

postula la religión, la vida sería intolerable para aquellos que no tienen acceso a la ciencia y el arte. Pero si, tal como se afirma en las dos primeras estrofas, poseer la ciencia y el arte es tener *también* religión, esto implica necesariamente una *creencia*. ¿Cómo no preguntarse entonces qué lugar ocupa la *creencia* en el arte y en la ciencia – tanto para Goethe como para Freud quien, a través de la cita, hace suyas las palabras del poeta?

Las doctrinas religiosas, escribe Freud en *El Porvenir de una ilusión*, “son todas ilusiones, indemostrables” que, como tales, derivan “de los deseos humanos” ⁹. En las páginas siguientes, Freud intenta demostrar que con la ciencia ocurre exactamente lo contrario. “No, nuestra ciencia no es una ilusión. Pero sería una ilusión creer que podríamos recibir de otro lado lo que ella no puede darnos.”, son las últimas palabras del escrito.¹⁰

¿Creencia de Freud en la ciencia? ¿En la “verdad científica”? ¿Deseo de Freud?...

En todo caso, no cabe olvidar que es Freud quien, a través del psicoanálisis nos permite comprender la creencia como expresión del rechazo de la ofensa que la castración inflige al yo.

SK: Me encanta tu reflexión sobre el poema. Muestra claramente la función de defensa de la creencia ante el sentimiento de desamparo.

Hace un momento hacías referencia al sometimiento a la creencia y la prohibición de dudar y eso me trajo a la memoria el Libro de Job del Antiguo Testamento. Como es bien

⁵ J. Lacan, *L'Éthique de la Psychanalyse, Le Séminaire*, Livre VII, p. 156.

⁶ Freud ya había hecho referencia en *El porvenir de una ilusión* a este dicho atribuido a Tertuliano, GW XIX, p. 351.

⁷ S. Freud, *Das Unbehagen in der Kultur* (1929), GW, XIV, p. 432. Yo traduzco.

⁸ Goethe, *Zahmen Xenies* IX (Poesías póstumas). Yo traduzco.

⁹ S. Freud, *Die Zukunft einer Illusion*, GW, XIV, p. 353-354. Yo traduzco.

¹⁰ S. Freud, *op. cit.*, p. 380.

sabido, Job, hombre creyente y piadoso, fue puesto a prueba quitándole sus posesiones, descendencia y salud. Viéndose desvalido, desprotegido y abandonado por ese Dios en el que creía y en quien había puesto toda su fe, Job llega a dudar. Entonces cuestiona y plantea su angustiosa protesta: “*¿Quién me diera el saber donde hallar a Dios!... Ordenaría juicio delante de él. Y henchiría mi boca de argumentos*”¹¹.

¿Adónde conduce el descreer? El texto bíblico apunta claramente al desasosiego y al sentimiento de desvalimiento que produce la duda.

Y en el análisis, cuando finaliza el proceso, ¿ya no se cree en el analista? ¿Se duda de su saber? ¿Es que se puede saber?

Recuerdo que hemos conversado tantas veces este tema del fin de análisis... No será como el proceso de Job, pero ha de tener sus puntos de contacto. No será el sentimiento de haber sido abandonado – aunque puede serlo – pero sí debe haber cuestionamiento.

Poco a poco, el “saber” que se colocaba en el analista se va convirtiendo en un “sinsaber” – con el sinsabor que provoca. “*Pero yo creía que mi analista sabía lo que tengo en la cabeza, eso que yo no sé...*”

Proceso profundo, doloroso; proceso de aceptar el no-saber manteniendo igual la ilusión, ya que el ser humano no puede vivir sin creencias en tanto ser deseante.

Otro de los interrogantes que nos movieron a nuestro diálogo fue el de la utilidad de las creencias, o sea la “*función que cumplen en las sociedades de todos los tiempos*”. Respecto a esta arista fundamental, su función de regulador a efectos de intentar impedir la

invasión de lo pulsional para que los seres humanos logren convivir, lo dejo en tus manos. Sé que estás trabajando en ese proyecto, que es fundamental para comprender los efectos y la indispensable función social de la creencia.

LT: De acuerdo. Pero antes de evocar este último aspecto, quisiera subrayar brevemente que, en efecto, tal como tú lo ponías en evidencia hace un momento, al final del análisis, el abandono de la creencia en un saber del analista – lo que Lacan llamó “destitución subjetiva” – trae consigo la renuncia a la creencia de la unidad del propio sujeto. El reconocimiento de su condición de “engañado”, de “embaucado” por la palabra (“dupe du signifiant”, diría Lacan) y por ello mismo de escindido, de dividido, es lo que permite al “analizado” el reconocimiento de su sujeción al “discurso corriente”. Puede parecer paradójal, pero, al fin y al cabo, es esto lo que le abre al sujeto la posibilidad de asumirse como tal...

Para terminar, unas pocas palabras sobre la función que cumplen las creencias en lo que Freud llama “reguladores” (*Einrichtungen*) y define como “los dispositivos necesarios para regular las relaciones de los hombres entre ellos”.¹²

La historia de la humanidad nos muestra que estos “dispositivos” freudianos, cuya función sería la de impedir que la indomable ferocidad humana destruya hasta los últimos vestigios de la obra civilizatoria, parecen compartir entre ellos la paradójica condición de ser a la vez indispensables e imposibles.

Cómo dudar entonces de que las creencias – políticas, religiosas, éticas – sean utilizadas

¹¹ Texto Hebreo y Español (Las Sagradas Escrituras), The Society for Distributing Hebrew Scriptures. England, pág.1485.

¹² S. Freud, *Der Zukunft einer Illusion*, GW XIV, p. 22. Yo traduzco.

como garantías para obtener el sometimiento a dichos dispositivos reguladores... Y de que se utilicen igualmente para destruirlos.

Esta cuestión de los reguladores es muy vasta.
¿Qué tal si la retomáramos juntas en un próximo diálogo?

Bibliografía

- Freud, S. (1914), *Introducción del narcisismo*, AE XIV.
 Freud, S. (1925), *Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds*, GW XIV.
 Freud, S. (1927), *Die Zukunft einer Illusion*, GW XIV.
 Freud, S. (1929), *Das Unbehagen in der Kultur*, GW XIV.
 Freud, S. (1933), "En torno a una cosmovisión", 35ª. Conferencia en *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE XXII.
 Freud, S. (1939), Moisés y la religión monoteísta, AE XXIV.
 Lacan, J. *L'éthique de la psychanalyse, Le Séminaire, Livre VII* (1959-1960), Éditions du Seuil, Paris, 1986.
Las sagradas escrituras, The Society for Distributing Hebrew Scriptures, England.



Sobre las autoras:

*Susana KAHANE – Psicoanalista

Associate to the Institute of Education, University of London

Psicoterapeuta reconocida por FEAP

Miembro asociado de AECOPNA

Co-autora de *El quehacer con los padres*, HG Editores, Madrid, 2010

****Lya TOURN –**

Psicoanalista

Doctora en Psicopatología Fundamental y Psicoanálisis (Université Paris VII)

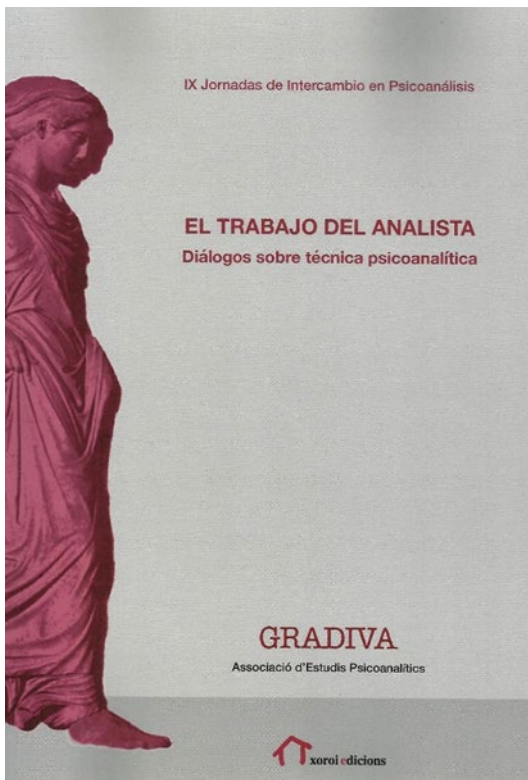
Miembro Asociado de la Société de Psychanalyse Freudienne (SPF) de París

Autora de *Chemin de l'exil*, Éditions Campagne- Première, París, 2003 y de *La psychanalyse dans les règles de l'art*, Éditions du Seuil, 2009.

5 PSICOANÁLISIS Y CULTURA (LIBROS)

- “IX Jornadas De Intercambio En Psicoanálisis. El Trabajo Del Analista. Diálogos Sobre Técnica Psicoanalítica”. Xoroi Edicions.
Autores: **Gradiva. Associació d’Estudis Psicoanalitics.**
- “Parentalidad, Perinatalidad y Salud Mental en la Primera Infancia”. Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN Digital
Coords: **Roque Prego Dorca, Margarita Alcamí Pertejo y Encarnación Mollejo Aparicio.**
- “¿Me am@s o me follow?”. Editorial Underbau.2018
Autora: **Martina Burdet**
- “Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo”. Xoroi Edicions. (Colección la Otra Psiquiatría). 2018.
Autores: **Javier Carrera y Kepa Matilla**
- “Infancias. Entre espectros y trastornos”. Paradiso Editores. 2017
Autoras: Gisela **Untoiglich** y Liora **Stavchansky**

5.1 IX JORNADAS DE INTERCAMBIO EN PSICOANÁLISIS. EL TRABAJO DEL ANALISTA. DIÁLOGOS SOBRE TÉCNICA PSICOANALÍTICA. GRADIVA. ASSOCIACIÓ D’ESTUDIS PSICOANALITICS. XOROI EDICIONS. 2018



Sobre el libro:

En este libro, GRADIVA, Asociación de Estudios Psicoanalíticos, ofrece las ponencias presentadas en las IX Jornadas de Intercambio en

Psicoanálisis, realizadas en Barcelona los días 18 y 19 de noviembre de 2016, dedicadas a “El trabajo del analista. Diálogos sobre técnica psicoanalítica”.

Al igual que en las anteriores jornadas y libros publicados, se trata de un espacio abierto a diferentes líneas teóricas (escuela freudiana, inglesa y lacaniana), hecho que se refleja en las tres ponencias de la mesa inaugural. En este caso, además, la mirada freudiana se amplía con las aportaciones de Sándor Ferenczi, a través de la conferencia del Dr. Luis Martín Cabré: “Transferencia, contratransferencia y teorías del analista”.

El diálogo psicoanalítico, en el registro transferencia- contratransferencia, moviliza afectos, promueve asociaciones tanto en el paciente como en el analista y posibilita la elaboración de lo sintomático o traumático, pudiendo generar nuevas significaciones y representaciones.

A través de estas páginas, 30 profesionales dan cuenta de sus reflexiones y proponen nuevos recursos técnicos, en la atención a niños, adolescentes y adultos, ante los desafíos de la sociedad actual. Se refieren al marco de la con-

sulta privada, pero también al de servicios públicos e instituciones, donde es preciso adaptar los tiempos sin renunciar a lo esencial, y se preguntan cómo hacer uso de las nuevas tecnologías... Intentamos transmitir todas estas cuestiones a nuestros lectores esperando que les sean de utilidad.

Sobre los Autores/Ponentes

I. CONFERENCIA

- Luis J. Martín Cabré. Dr. en psicología. Psicoanalista. Miembro cofundador de la Fundación Internacional "Sándor Ferenczi". Representante Europeo en la Board de la I.P.A. Miembro titular en funciones didácticas de APM. Autor de numerosos artículos. Coordinador del libro "Autenticidad y reciprocidad. Un diálogo con Ferenczi".

II. MESA REDONDA

- Néstor A. Braunstein. Psicoanalista. Médico y psiquiatra. Exprofesor de grado y posgrado en las universidades nacionales de Córdoba (Argentina) y Autónoma de México (UNAM). Autor de muchos libros y artículos en castellano y traducidos al francés, portugués e inglés.
- Antònia Grimalt. Psicoanalista titular con funciones didácticas de la SEP, miembro de la API y del Forum for Child Psychoanalysis de la FEP. Exdirectora del Instituto de Psicoanálisis de Barcelona (IPB) y exsecretaria de la Comisión de Enseñanza del IPB.
- Luis Sales. Médico, psiquiatra y psicoanalista, miembro de GRADIVA, Asociación de Estudios Psicoanalíticos. Docente de GRADIVA y de la Escuela Clínica Psicoanalítica en Niños y Adolescentes (ECPNA).

III. COMUNICACIONES

- Susagna Aisa. Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. Psicoanalista.
- Regina Bayo-Borràs. Psicóloga especialista en psicología clínica. Psicoanalista.
- Eduardo Braier. Psiquiatra y psicoanalista. Miembro y docente de Gradiva.

- Gemma Cánovas Sau. Psicóloga clínica, psicoterapeuta, psicoanalista.
- Mercè Coca Fitó. Psicóloga clínica psicoanalista.
- M^a Mercè Collell Badia. Psicóloga clínica. Psicoanalista.
- Perla Ducach. Psicóloga clínica y psicoterapeuta psicoanalítica.
- Narcís Encesa. Psicólogo sanitario y escolar (COPC). Psicoanalista.
- Carmen Ferrer Román. Psicóloga clínica, psicoanalista.
- Dr. Roberto M. Goldstein. Médico, psiquiatra, psicoanalista.
- Hilda Guida. Psicoanalista, miembro de Convocatoria al Psicoanálisis.
- Joseph Knobel. Psicoanalista. Miembro fundador y docente de la ECPNA.
- Marian Moreno. Psicóloga. Miembro docente de GPAB. OMIES.
- Encarna Muñoz. Médico y psicoanalista.
- Joan Pijuan. Psicólogo especialista en psicología clínica y en psicoterapia.
- Andrea Podzamcer Michalewicz. Psicóloga psicoanalista.
- Carlota Sabaté. Psicóloga, psicoterapeuta (EFNA), psicóloga escolar (COPC).
- María Elena Sammartino. Psicoanalista. Miembro fundador de Gradiva y de la ACPP.
- Carlos Sánchez. Psicoanalista. Miembro de Gradiva.
- Ana María Sanjurjo. Psicóloga clínica, psicoanalista, presidenta de Gradiva.
- Anna Segrura Fontova. Psicóloga clínica, psicoanalista.
- Margarita Solé Pèlach. Médico psicoanalista. Miembro y docente de Gradiva.
- Carlos Tabbia. Doctor en psicología (UB) y licenciado en filosofía.
- Inés Tomás Alabart. Doctora en psicología, psicoanalista y docente en la URV.
- Susana Volosín. Miembro didacta de la AEPP. Directora del Centro Corendins.

Índice

Apertura de las IX Jornadas de intercambio en psicoanálisis

El trabajo del analista, hoy. Ana M. Sanjurjo

Mesa Redonda

El trabajo del analista, desde las diferentes líneas teóricas

How to do things without words. Néstor A. Braunstein

Retos a la reverie del analista. La atención biocular. Antonia Grimalt

Joan Pijuan

La conversación ordinaria como instrumento de la técnica psicoanalítica. Carlos Sánchez

Los procesos del proceso psicoanalítico. Anna Segura

¿Qué es la técnica? Margarita Solé Pèlach

Propuestas innovadoras con niños y adolescentes

Treballar en la foscor/trabajar en la oscuridad. M. Merce Collell Badia

“Ni si, ni no...” Un recurs terapèutic per a pubers que no parlen/“Ni si, ni no...” Un recurso para púberes que no hablan. Narcis Ensesa

Intervenciones desde lo transicional. Joseph Knobel Freud

Intervencions desde la psicopedagogía clínica/Intervenciones desde la psicopedagogía clínica. Carlota Sabaté Torrens

Alba y su silencio. Inés Tomás Alabart

La elaboración del analista: atención flotante, contratransferencia y reverie

De la atención flotante a la reverie. Perla Ducach

El estado gaseoso. Encarna Muñoz

Freud y el problema de la técnica analítica. Luí Sales

Conferencia

Transferencia, contratransferencia y teorías del analista. Luí Jorge Martín Cabré

Teoría de la técnica y creatividad del analista

El oro, el cobre y otras aleaciones contemporáneas. Regina Bayo-Borrás

Compartint dues psicoteràpies/ Compartiendo dos psicoterapias. Mercé Coca y Andrea Podzamczar

El discurs en escenes/El discurso en escenas.

Los sonidos del silencio. María Elena Sanmartino

La receptividad del analista. La contratransferencia y la reverie. Carlos Tabbia

Posicionamiento del analista: deseo, ideal del yo y clínica del superyó

De la relación analítica a la relación de poder. Eduardo Braier

La función del deseo-de-analista. Marcel J. Edwards

Interpretación y deseo del analista. Hilda Guida

La clínica a la luz del superyó benigno. Susana Volosín

Alteraciones del encuadre y proceso terapéutico en las instituciones

El trabajo del analista. Gemma Cánovas Sau

Alteraciones de la técnica y proceso terapéutico. Marian Moreno

Encuadre institucional ¿Límite u oportunidad? Ana M. Sanjurjo

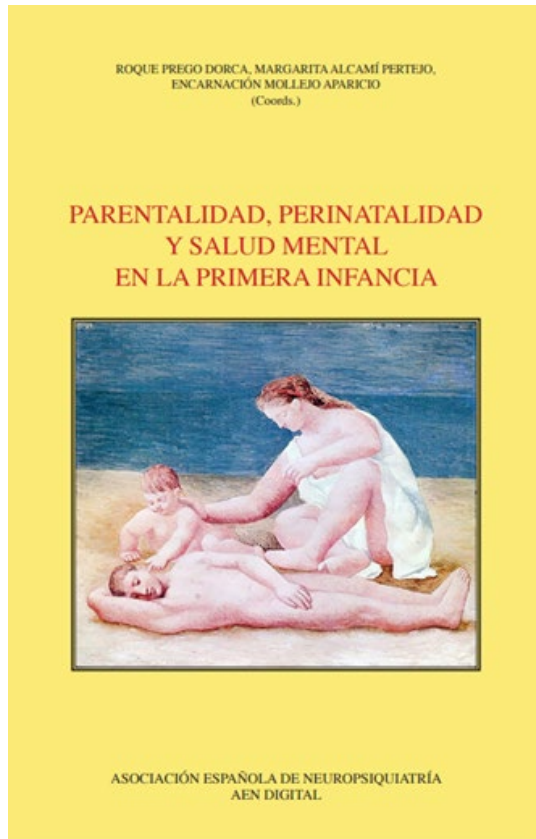
Psicoanálisis, cambio social y desarrollo tecnológico

Psicoanálisis 2.0: Reflexiones sobre técnica psicoanalítica hoy. Susagna Aisa Castro

¿Es posible el psicoanálisis a distancia? Carmen Ferrer Roman

Evolución histórica de la técnica psicoanalítica. Roberto M. Goldstein

5.2 PARENTALIDAD, PERINATALIDAD Y SALUD MENTAL EN LA PRIMERA INFANCIA. COORDS. ROQUE PREGO DORCA, MARGARITA ALCAMÍ PERTEJO Y ENCARNACIÓN MOLLEJO APARICIO. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. AEN DIGITAL. 2018



Sobre el libro: Prólogo por R. Prego

Desde hace ya varios años, la AEN y su Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil vienen insistiendo en la necesidad de tener en cuenta, en los distintos programas asistenciales de la red de salud mental infanto-juvenil, la psicopatología y la clínica del niño en sus tres primeros años de vida. La experiencia de varios años de trabajo en las Unidades de Salud Mental del Niño y del Adolescente nos ha enseñado que es una franja de edad poco accesible, con las consecuencias que esto tiene para la detección y abordaje precoz en las primeras señales de sufrimiento y malestar psíquico. Con especial importancia en la detección e intervención temprana de la patología grave y en las problemáticas en las primeras relaciones parento-filiares.

Por otra parte, no podemos abordar la psicopatología y la clínica del bebé y del niño pequeño sin tener en cuenta la situación parental y la situación vincular, es decir la díada y la triada y sus interacciones. La Salud Mental Perinatal nos ha enseñado la manera de enfermar psicológicamente del adulto durante el embarazo, el parto y el post-parto, tanto en la madre como en el padre, y nos ha mostrado las repercusiones que esta patología tiene en el establecimiento de las primeras relaciones y su impacto en el desarrollo del psiquismo del niño inmediatamente después del nacimiento e incluso antes.

Del mismo modo, nos ha enseñado la importancia que tiene la detección y la intervención precoz, su papel preventivo fundamental y sus diferentes modalidades de actuación, desde los programas de atención en embarazos de riesgo, en embarazos de adolescentes, prematuridad, etc., hasta el paradigma que representan las Unidades de Ingreso Psiquiátrico de madres y su bebé en las situaciones de especial gravedad. Unidades inéditas en nuestro país, pero de gran desarrollo en países de nuestro entorno como Francia e Inglaterra. No es casualidad que haya sido en estos países donde nace la Psiquiatría Perinatal a finales del siglo XIX con la descripción y conceptualización de la Depresión y la Psicosis Post-parto.

En el año 2015 se publica en la colección digital de la AEN el libro de "Psiquiatría Perinatal y del niño de 0-3 años" resultado de la estrecha colaboración entre la AEN, su Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil y SEPYPNA. Un trabajo que se inicia ya en las distintas reuniones, Jornadas y Congresos de ambas asociaciones y que canaliza la inquietud y preocupación de dichas Sociedades científicas por la falta de atención en este periodo de la vida.

En ese primer trabajo el foco de interés descriptivo y teórico se dirige hacia la psiquiatría perinatal, la interacción madre-padre-bebé y al desarrollo y psicopatología temprana con una breve descripción de los modos de intervención terapéutica. En ese momento, nos pareció fundamental centrarnos en los aspectos básicos de cada una de las áreas que pudieran servir de punto de partida para un desarrollo posterior que permitiera profundizar en los diferentes aspectos que configuran tanto la Psiquiatría y Psicología Perinatal como la Parentalidad y la Psiquiatría del Bebé y primera infancia.

Ya habíamos visto las diversas iniciativas clínicas de verdaderos pioneros de la Psiquiatría Perinatal en nuestro país, como las experiencias clínicas del Hospital Puerta de Hierro de Madrid o el Clínico de Barcelona y otras más puntuales, pero no menos importantes, como los Programas materno-infantiles de Alcázar de San Juan o de la Clínica Dexeus de Barcelona o el programa de salud mental en la Unidad de Neonatología de San Juan de Dios también en Barcelona, pasando por las actividades de formación de ASMI en Valencia o la Sociedad Mercé rama española. Nos parecía importante que Sociedades científicas como SEPYPNA o la AEN tuvieran la iniciativa de abordar esta parte fundamental de la asistencia en salud mental en la parentalidad y en el niño pequeño. El grupo de trabajo sobre Perinatalidad de SEPYPNA, ya numeroso y muy activo en diversos aspectos de la Perinatalidad es un buen ejemplo de ello.

Los aspectos que consideramos fundamentales en ese primer trabajo eran en primer lugar la Psiquiatría Perinatal en su historia y concepto, imprescindible para situarnos teórica y prácticamente, la psicopatología y clínica parental, la interacción padres-bebé como soporte vincular y la psicopatología y clínica más importante del bebé y el niño pequeño. Quedaba mucho por hacer y sobre todo quedaba abordar una proyección de la Perinatalidad más práctica teniendo en cuenta las diversas situaciones clínicas, ricas en posibilidades

tanto diagnósticas como terapéuticas. Esto nos obligaba a una profundización de los aspectos que nos han parecido más importantes siguiendo el esquema inicial de: Perinatalidad igual a Parentalidad más desarrollo del psiquismo del bebé con el soporte de la situación vincular.

Con este objetivo abordamos este nuevo trabajo que presentamos en el marco del XXVII Congreso Nacional de la AEN celebrado en Córdoba y que hemos dividido en tres partes claramente diferenciadas. En la Primera parte se aborda la Parentalidad en sus diversas modalidades atendiendo fundamentalmente a los cambios sociales de las últimas décadas. Así veremos las características y particularidades de diversas modalidades de parentalidad como la homoparentalidad, los embarazos en adolescentes o la adopción, sin olvidar otras situaciones que marcan una parentalidad de riesgo como la patología mental grave en los padres o como devenir padre o madre en la migración, aspecto éste último de importante actualidad en los últimos años. Los embarazos por reproducción asistida es otro aspecto importante que hemos tenido en cuenta ya que suponen en la actualidad el 10% del total de nacimientos en nuestro país.

En la segunda parte es en la Perinatalidad donde ponemos nuestro foco de interés profundizando en las patologías más importantes de este periodo como los Trastornos de Ansiedad o la Depresión y Psicosis Perinatales, pero abordando también aspectos terapéuticos novedosos y de gran importancia como son, por el ejemplo, el trabajo desde salud mental en una Unidad de Neonatología o las psicoterapias padres-bebés. No olvidamos otras situaciones que suelen pasar desapercibidas y frecuentemente sin atención específica como son los duelos perinatales. La tercera parte se centra en el bebé y su desarrollo y las diversas situaciones que vemos en la clínica y que por su frecuencia e interés de una atención precoz nos han parecido importante de describir. Así, vere-

mos las competencias del bebé como elementos fundamentales de la psicología del desarrollo, los efectos de las primeras relaciones en el psiquismo temprano o los aspectos psicopatológicos de las funciones orgánicas básicas o depresivas con base carencial. Del mismo modo nos ha parecido también importante, por su importancia y especificidad, abordar la problemática del niño prematuro o con patología orgánica crónica. Un capítulo importante lo dedicaremos al Trastorno del Espectro Autista como ejemplo de patología mental grave haciendo especial hincapié en la detección y el diagnóstico precoz.

En fin, no podemos terminar esta presentación sin agradecer a la AEN y a sus socios que en el anterior Congreso Nacional de Valencia eligieron esta ponencia para presentar en este XXVII Congreso Nacional y así darnos la oportunidad de seguir trabajando para desarrollar esta parte fundamental de la asistencia en salud mental tanto del adulto como del niño. Queremos también agradecer a todos los compañeros que tan amablemente han colaborado en este trabajo y que sin ellos no hubiera sido posible, en especial a Alberto Lasa que aporta su experiencia y dedicación de tantos años en la apertura de esta publicación.

R. Prego

Sobre los Autores:

PARTE I

Encarnación Mollejo Aparicio (Coordinadora Parte I).
Doctor en Medicina. Psiquiatra.
Psicoterapeuta. Jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario del Sureste. Madrid.

Carmen Abellán Maeso.
Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. C.H.U. Albacete. SESCAM.

Alicia Monserrat Femenía.
Doctora en Psicología, Psicóloga Clínica. Psicoanalista Titular con función Didáctica de la APM. Psicoanalista especializada en Niños y Adolescentes por la IPA.

Marie Rose Moro.
Profesora de Psiquiatría del niño y adolescente. Universidad Paris Descartes. Jefe de Servicio de la Casa de Solenn-Casa de los adolescentes. Hospital Cochin. Presidenta de la Asociación Internacional de Etnopsicoanálisis.

Teresa Muñoz Guillén.

Psicóloga Clínica. Psicoanalista con Formación Acreditada APM. Intervención Profesional para Adopciones Internacionales. Red Nacional de Atención a Víctimas de Terrorismo (Ministerio Interior).

Margarita Rullas Trincado.

Psicóloga Clínica. Directora CRPS, EASC y PS de Coslada, Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. Gestión Técnica: Grupo EXTER S.A.

Sonia Villero Luque.

Psiquiatra. Psicoterapeuta. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

PARTE II

Roque Prego Dorca (Coordinador Parte II).
Psiquiatra. USMI-J. Servicio de Psiquiatría. H.U.M. Valdecilla. Santander. Servicio Cántabro de Salud.

Enma Noval Aldaco.

Especialista en Psicología Clínica. Facultativo
Especialista de Área Servicio de Psiquiatría.
H.U.M. Valdecilla. Santander. Servicio
Cántabro de Salud.

Laura Carral Fernández.

Especialista y Doctora en Psicología Clínica.
Facultativo Especialista de Área Servicio de
Psiquiatría.
H.U.M. Valdecilla. Santander. Servicio
Cántabro de Salud.

Agustín Béjar Trancón.

Doctor en Medicina. Psiquiatra.
Psicoterapeuta. Psicoanalista. Práctica libre en
Badajoz. Colaborador Grupo de investigación
en Psicología Médica de la U. de Extremadura.
Vocal de SEPYPNA.

J. Martín Maldonado-Durán.

Psiquiatra Perinatal y de Niños y Adolescentes.
Senior Faculty, Associate Professor Baylor
College of Medicine. Houston. Texas. EE.UU.
Associate Clinical Professor, Kansas
University, Kansas City. Kansas. Autor y editor
de varios libros y artículos sobre Salud Mental
Perinatal, Parentalidad, Psiquiatra Perinatal, de
Niños y de Adolescentes.

Kenia Gómez.

Ph. Dr. Assistant Professor of Psychiatry.
University of Missouri. Kansas City. Missouri.
EE.UU. Consultante del Servicio de
Ginecología y Obstetricia. Truman Medical
Centers.

Prakash Chandra.

Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Assistant
Professor of Psychiatry. University of Missouri.
Kansas City. Missouri. EE.UU. Consultante del
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Truman
Medical Centers.

Teresa Lartigue.

Editora. Cuadernos de Psicoanálisis. Ciudad
de México. Psicoanalista didacta. Instituto
Mexicano de Psicoanálisis. Profesora Emérita,
Universidad Iberoamericana. México DF.

Juan M. Saucedo García.

Psiquiatra del Niño y del Adolescente,
Universidad Nacional Autónoma de México.
Miembro de la Academia Nacional de Medicina,
México.

Manuel Morales-Monsalve.

Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Assistant
profesor of Psychiatry, University of Missouri,
Kansas City, Missouri US. Consultante del
Servicio de Ginecología y Obstetricia Truman
Medical Centers. Psicoanalista e Instructor,
Greater Kansas City Psychoanalytic Institute.

Ana Pía López García de Madinabeitia.

Enfermera especialista en Salud Mental.
Centro de Salud Mental "Salburua". Vitoria.
Gasteiz. Red de Salud Mental. Araba.
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Remei Tarragó.

Psiquiatra. Psicoterapeuta. CSMIJ Sant Andreu
FETB. Master Test de Brazelton. Coordinadora
intervención psicológica UCIN Hospital Sant
Pau. Barcelona.

Pascual Palau Subieta.

Doctor en Psicología Clínica y de la Salud.
Psicoterapeuta perinatal e infantil.
Psicoanalista (APM). Psicosomatólogo de
bebés y niños, miembro titular formador del I.
de Psicosomática de Paris. Responsable y
coordinador Master oficial de Psicología y
psicopatología perinatal e infantil y del
programa de doctorado. U. Valencia y ASMI
(WAIHM España).

PARTE III

Margarita Alcamí Pertejo. (Coordinadora Parte III).

Médico Psiquiatra. Doctora en Medicina. Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Edith Bokler Obarzanek.

Psicóloga. Psicoterapeuta especialista en niños y adolescentes por la AECPPA (FEAP).

Eduvigis Contreras Martín.

Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Aránzazu Fernández Sánchez.

Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Francisca González González.

Logopeda en Atención Temprana. Servicio de rehabilitación. Hospital Infantil Universitario

Niño Jesús. Madrid. Integrante de la Unidad Multidisciplinar de Trastornos de Conducta de Alimentación del Niño Pequeño.

Aránzazu Ortiz Villalobos.

Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Ana Isabel Perales Contreras.

Psicólogo y psicoterapeuta de niños y adolescentes.

Beatriz Sanz Herrero.

Psicólogo Clínico. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Integrante de la Unidad Multidisciplinar de Trastornos de Conducta de Alimentación del Niño Pequeño.

María Serrano Villar.

Psicóloga clínica. Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Hospital de Día Infanto-juvenil-CET. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés (Madrid)

Índice

Autores	10
Presentación	13
Roque Prego Dorca	
Prólogo	17
Alberto Lasa Zulueta	
PARTE I.- PARENTALIDAD	
CAP. 1.- PARENTALIDAD: CONCEPTO Y NUEVOS MODELOS DE FAMILIA.	32
Encarnación Mollejo Aparicio. Margarita Alcamí Pertejo	
Introducción.	32
Sobre la Parentalidad: El ejercicio, la experiencia y la práctica de la parentalidad.	33
Convertirse en padres.	37

Nuevos modelos de familias.	39
La crianza y el desarrollo del vínculo.	41
Conclusiones.	42
Bibliografía.	44
CAP. 2.- REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y VÍNCULO MATERNO-FILIAL.	46
Carmen Abellán Maeso. Sonia Villero Luque	
Introducción y planteamiento del problema.	46
Condiciones socio-culturales.	47
Vía de entrada en un proceso de reproducción asistida.	51
Aspectos diferenciables de la esterilidad como puerta de entrada a la reproducción asistida.	52
Algunos fenómenos intrapsíquicos durante el proceso.	57
Implicaciones del proceso en el posterior establecimiento del vínculo madre-niño.	60
Posibles campos de actuación desde la psicología en el proceso de reproducción asistida.	61
Bibliografía.	63
CAP.3.- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.	64
Marta Baez López	
Adolescencia: Un tiempo de transformación.	64
Embarazos en adolescentes: Una doble vivencia de cambio.	67
Adolescencia y embarazo según contexto social.	73
Prevención: Una necesidad y una oportunidad.	75
Bibliografía.	80
CAP. 4.- PARENTALIDAD Y ADOPCIÓN.	81
Teresa Muñoz Guillén. Alicia Monserrat Femenía	
Introducción.	81
Identidad - Parentalidad.	82
Nuevas parentalidades.	84
¿Deseo de hijo o deseo de maternidad?	87
Los duelos en la adopción.	88
Sobre los orígenes, incógnitas y certezas.	90
Bibliografía.	93
CAP. 5.- HOMOPARENTALIDAD.	95
Alicia Monserrat Femenía. Teresa Muñoz Guillén	
Introducción.	95
Sobre la parentalidad.	97
Familia homoparental.	98
Identidad y filiación.	100
Abordaje clínico y conclusión.	102
Bibliografía.	104
CAP. 6.- ROLES PARENTALES EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.	105
Margarita Rullas Trincado	
Introducción.	105
Competencias parentales en personas con TMG.	108
Necesidades y demandas en madres con TMG.	109
Programas de intervención.	111

Programas de intervención para padres/madres con TMG: Experiencia de Centro de Rehabilitación Psico-Social. Comunidad de Madrid.	114
Conclusiones.	118
Bibliografía.	120
CAP. 7.- HACERSE PADRES EN LA EMIGRACIÓN Y EN LA DIVERSIDAD CULTURAL.	124
Marie Rose Moro	
Necesidad de una mirada benévola de la parentalidad en toda diversidad cultural.	124
Componentes de la parentalidad.	125
Transparencia psíquica / Transparencia cultural.	127
Por una prevención precoz de los avatares de la parentalidad.	128
Embarazo y parto en el exilio.	129
Cada día es una vida.	130
El anuncio de embarazo.	131
El parto.	131
¿Qué ocurre con los niños nacidos aquí?	133
Niños de aquí venidos de afuera.	133
Una escuela hospitalaria de la diferencia y de la multiplicidad.	134
Aceptar lo plural.	135
Un casi nada, una ocasión favorable.	135
Bibliografía.	137
PARTE II.- PERINATALIDAD	
CAP. 1.- TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA ETAPA PERINATAL.	139
Emma Noval Aldaco. Laura Carral Fernández	
Introducción.	139
Epidemiología.	140
Factores de riesgo.	140
Consecuencias.	141
Trastorno de pánico.	142
Fobia específica.	143
Trastorno de ansiedad generalizada.	144
Trastorno obsesivo compulsivo.	145
Trastorno de estrés post-traumático.	148
Tratamiento.	150
Conclusiones.	151
Bibliografía.	153
CAP. 2.- LA DEPRESIÓN PERINATAL.	158
Agustín Béjar Tarancón	
Trastorno depresivo en el embarazo.	159
La depresión pre-parto.	161
Evolución de la depresión prenatal.	163
Perspectiva terapéutica.	163
La depresión post-parto.	165
El blues del parto.	166
La Depresión post-parto (DPP)	167

Causas, detección, evolución y consecuencias.	168
Intervención terapéutica.	172
Bibliografía.	175
CAP. 3.- EL DUELO PERINATAL: ENTRE OLVIDADO Y DESAUTORIZADO.	177
Ana Pía Lopez García de Madinabeitia	
El Programa “Brazos vacíos”.	179
Resultados.	184
Otros aspectos del Programa.	189
Conclusiones.	190
Bibliografía.	192
CAP. 4.- LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL PERIODO PERINATAL.	195
Roque Prego	
Introducción.	195
Epidemiología de los TCA en la etapa perinatal.	196
TCA y embarazo.	197
Morbilidad obstétrica y post-parto en los TCA.	198
TCA, parentalidad y desarrollo del niño.	200
Conclusiones.	203
Bibliografía.	205
CAP. 5.- PSICOSIS PERINATAL.	207
J. Martín Maldonado-Durán. Kenia Gómez. Prakash Chandra.	
Teresa Lartigue. Juan M. Saucedo García. Manuel Morales Monsalve	
Introducción.	208
Historia.	209
Definición.	209
Estados psicóticos asociados con la perinatalidad.	
Enfermedad mental pre-existente.	210
Psicosis asociada a una Depresión grave o melancólica.	211
Psicosis post-parto.	212
Intervención clínica.	215
Trastornos delirantes durante el periodo perinatal.	219
Diagnóstico diferencial.	221
Prevención.	222
Bibliografía.	223
CAP.- 6.- LA INTERVENCIÓN DESDE SALUD MENTAL EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA.	225
Remei Tarragó Riverola	
El trabajo con el bebé.	226
El trabajo con los padres.	230
El trabajo con los profesionales.	232
Bibliografía.	236
CAP. 7.- LA PSICOTERAPIA PADRES-BEBÉ.	237
Pascual Palau Subieta	
Introducción.	237
Influencias patógenas y efectos secundarios.	239
La interacción.	240
La comunicación triádica muy temprana.	241

Desarrollo de las psicoterapias.	242
Ámbitos de intervenciones psicoterapéuticas padres/niño/bebés/feto.	242
Aproximaciones terapéuticas en la psicoterapia padres/niño.	243
Aproximaciones que buscan cambiar las representaciones de los padres.	244
¿Psicoterapia breve o duración indeterminada?	247
Aproximaciones que buscan cambiar el comportamiento interactivo Observable como puerta de entrada al Sistema Clínico de Stern.	247
La evaluación en la intervención psicoterapéutica del niño pequeño.	250
¿Cómo evaluamos?	251
Conclusiones.	254
Resumen.	255
Bibliografía.	256
PARTE III. ESTUDIO DEL NIÑO DE 0-3 AÑOS.	
CAP. 1.- COMPETENCIAS DEL BEBÉ.	259
Margarita Alcamí Pertejo. Encarnación Mollejo Aparicio	
Introducción.	259
Desarrollo de competencias en el útero.	259
Desarrollo de competencias en el parto.	261
Competencias en el Recién Nacido.	261
La comprensión de las competencias del bebé como forma de abordaje terapéutico.	265
Conclusiones.	266
Bibliografía.	268
CAP. 2.- EFECTOS DE LA INTERACCIÓN PADRES-HIJOS EN EL PSIQUISMO DEL NIÑO.	272
Edith Bokler Obarzanek. Ana I. Perales Contreras	
Introducción.	272
Participantes en la interacción.	273
Construyendo el psiquismo del niño.	274
Reflexiones previas sobre la interacción desde los primeros meses hasta los 3 años.	274
Conclusiones.	284
Bibliografía.	286
CAP. 3.- PSICOPATOLOGÍA DE LA ALIMENTACIÓN Y LA REGULACIÓN MOTRIZ.	288
Beatriz Sanz Herrero. Francisca González González	
Psicopatología de la alimentación en la primera infancia.	288
Introducción.	288
La alimentación desde el punto de vista evolutivo.	289
Alimentación y desarrollo.	290
Clasificación de los trastornos de alimentación.	
Intervención terapéutica.	290
Intervención terapéutica.	293
Los niños prematuros y su patrón de alimentación	294
Tratamiento multidisciplinar de los Trastornos de alimentación.	296
Trastornos de la regulación.	297

Introducción.	297
Tipos de trastornos de la regulación.	298
El desarrollo de la regulación emocional.	298
Conclusiones.	299
Bibliografía.	300
CAP. 4.- ALTERACIONES DEL DESARROLLO. EL DESARROLLO DEL NIÑO PREMATURO.	309
Eduvigis Contreras Martiñón. Aránzazu Fernández Sánchez	
Alteraciones del desarrollo.	309
Características del desarrollo.	309
Desarrollo cerebral.	310
Alteraciones del sistema nervioso.	312
Trastornos del desarrollo.	313
El niño prematuro.	315
Introducción.	315
Cuando la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es el primer entorno extrauterino	315
Repercusiones de la prematuridad en el desarrollo.	317
El seguimiento del niño prematuro.	320
Conclusiones.	321
Bibliografía.	323
CAP. 5.- TRASTORNOS AFECTIVOS. SITUACIONES CARENCIALES PRECOCES. CONSECUENCIAS EN EL VÍNCULO Y EL DESARROLLO.	326
Ana I. Perales Contreras. Edith Bokler Obarzanek. Margarita Alcamí Pertejo	
Introducción.	326
Trastornos afectivos.	327
Depresión en la infancia: Del lactante a los 3 años.	327
Los trastornos de ansiedad en la infancia: Del lactante a los 3 años.	332
Situaciones carenciales precoces.	333
Conclusiones.	335
Bibliografía.	337
Cap. 6.- LOS BEBÉS EN RIESGO DE AUTISMO.	339
Margarita Alcamí Pertejo. María Serrano Villar	
Introducción.	339
Trastorno Multisistémico del Desarrollo.	340
Signos de alarma de autismo.	343
Déficits de intersubjetividad en el niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA).	345
Aplicación a la práctica clínica.	346
Bibliografía.	349
CAP. 7.- EL NIÑO CON ENFERMEDAD CRÓNICA.	356
Aránzazu Ortiz Villalobos	
Introducción.	356
Elementos de vulnerabilidad para la salud mental del niño con enfermedad crónica.	357
Dar y recibir información sobre la enfermedad.	357
Efecto de la enfermedad crónica en la familia: Padres y hermanos.	361
Trastornos psiquiátricos específicos.	361

Aspectos diferenciadores según enfermedad crónica de base.	363
Preparación para procedimientos.	370
Conclusiones.	371
Bibliografía.	373

5.3 AMAR EN TIEMPOS DE INTERNET. ¿ME AM@S O ME FOLLOW? MARTINA BURDET. UNTERBAUM ED. 2018



Sobre el libro: Cuando la búsqueda de followers (seguidores) se prefiere al amor a otro con sus características propias, cuando el nuevo orden amoroso representado por la palabra am@r atravesada por @ vale como metáfora brillante de la integración de la cultura digital con los sentimientos, entonces nos encontramos ante la fascinante tarea de explorar y entender el revolucionario fenómeno que se nos presenta. Son los cuestionamientos de la autora que atrapan al lector acompañándole en los meandros de su reflexión.

“El lector de este libro descubrirá rápidamente que tiene entre las manos un libro original y actual. Dos características no usuales y seguramente bienvenidas. Que el tema sea de actualidad se deduce fácilmente del título Amar en tiempos de Internet. Que sea original depende no solamente del tema abordado, en general descuidado por los psicoanalistas, sino fundamentalmente del método, un método que

integra un estudio en profundidad y detallado del problema y sus implicaciones con lo que la autora llama «Historias corrientes», o sea, viñetas clínicas, historias de pacientes que describen cómo pueden, o mejor aún, cómo no pueden, amar en la época de Internet. Y como no pueden amar recurren a un psicoanalista, ya que en este caso el problema no lo puede resolver un data scientist.

En definitiva, un libro que merece ser leído, pues ofrece temas y ejemplos de gran interés y de absoluta actualidad.”

Sobre la autora: Martina Burdet es Psicoanalista, Miembro Titular con funciones didácticas de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM), Miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París (SPP), así como Full Member de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Actualmente miembro del Ejecutivo de la Federación Europea (FEP).

Es autora de numerosas publicaciones que tienen como eje central una reflexión sobre el dolor psíquico y el malestar del hombre en el mundo actual.

Índice

Prólogo

1. Historias Corrientes
2. Introducción
3. La era Internet
4. Dave y La Pianista
5. Excitación excesiva
6. El otro sin cualidad
7. El “gadget” como objeto de amor
8. El autoengendramiento. Ser visto morir
9. Imperio del aquí y ahora
10. Conclusión

ψψψψψψψψψψψψ

5.4 COSAS QUE TU PSIQUIATRA NUNCA TE DIJO. OTRA MIRADA SOBRE LAS VERDADES DE LAS PSIQUIATRÍAS Y LAS PSICOLOGÍAS. JAVIER CARREÑO Y KEPA MATILLA. XOROI EDICIONS. (COLECCIÓN LA OTRA MIRADA). 2018



Sobre el Libro

Fiel reflejo de lo que estudia, Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo exhibe un deslumbrante compendio de misceláneas. De ahí que nos familiarizamos con la fragmentación del campo de la psicología y de la psiquiatría, hecho del que los autores se hacen eco con términos como «las psiquiatrías», significante alrededor del cual gravitan todas las significaciones desplegadas en esta obra. Su uso en plural habla por sí sólo de ese tejido, confeccionado con los más variopintos hilos, que da cuerpo a la psicología y a la psiquiatría.

Aunque parezca ingenuo, el sólo hecho de afirmar que la psicología y la psiquiatría son múltiples causa un persistente desagrado a quienes se creen en posesión de la verdad y ven legítima únicamente la suya, porque, en todo caso, las otras son meras pseudociencias o antiguallas propias de un museo. Con este argumento recurrente se despacha a los

contrincantes y se da por terminado el debate antes incluso de iniciarlo. Sin embargo, lo más habitual es que las corrientes contrarias no bajen a la arena y permanezcan acantonadas en sus respectivos guetos, cada una con sus cosas, alejadas e ignorantes de que existe una lengua común que facilita el diálogo.

Este libro, en cambio, es de los que discute los argumentos del oponente sin perderle la cara y usando las mismas armas. Porque lo más usual en nuestro medio es que se refute al contrario hablando cada uno en su propio dialecto. De esta forma, no hay manera de ponerse de acuerdo en nada y las posiciones se distancian cada vez más, con lo cual cada uno de los contendientes acaba reafirmandose en la razón que ya se atribuía. Pero Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo, aunque es una obra crítica con la corriente psi hoy día imperante, toma sus argumentos de las mismas fuentes y de los mismos estudios de vocación neurocientífica que sus adversarios escriben y usan para fundamentar su visión. Las conclusiones a las que llega, sin embargo, distan mucho de las que ofrecen las publicaciones de impacto, esos papers de los que se hace eco la enseñanza oficial y constituyen el cuerpo doctrinal que nutre a las futuras generaciones de especialistas.

Escrito en el dialecto de la ciencia, la obra examina el estado actual de la corriente psi dominante, amalgama de neurobiología y cognitivismo a partir de un enfoque bien definido, combinación del psicoanálisis de orientación lacaniana y de los grandes pensadores de la psicopatología. Una obra que «navega entre los cuentos y los estudios científicos, entre los ensayos clínicos y el

psicoanálisis, con el timón, por supuesto, de la psicopatología y la historia de la locura».

Sobre los Autores:

Javier Carreño Villada (Valladolid)

Es psiquiatra y psicoanalista en Vigo. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid y especialista en psiquiatría en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). Se ha formado como psicoanalista en los Foros del Campo Lacaniano (Santiago- Vigo), en la sede de la Escuela del Campo Freudiano de Vigo y actualmente es socio de la Escuela del Campo Freudiano, sede de Castilla y León.

Colaborador habitual en la publicación Siso-Saude así como en la revista Análisis de Castilla y León, participa asiduamente también en la Otra psiquiatría. Iniciador hace años del blog «Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo», a día de hoy atiende en consulta privada y en el Hospital POVISA de Vigo. A su vez realiza

Índice

Prólogo- La psicología y la psiquiatría son múltiples, pero la clínica es una

Palabras previas

I. Las psiquiatrías

1. Cosas de la historia. Los síntomas

2. Las psiquiatrías en acción

II. Los nombres de las psiquiatrías hoy

1. Esquizofrenia

2. Bipolar

3. TDAH

4. Drogas

III. Cosas de científicos ¿Qué ciencia en psiquiatría?

asistencia técnica en los centros de las Esclavas de la Virgen Dolorosa de Pontevedra.

Kepa Matilla (Bilbao)

Es psicoanalista y psicólogo especialista en clínica. Estudió psicología en Bilbao y se doctoró con una tesis sobre el concepto de psicosis en Freud. Realizó parte de residencia en el antiguo Hospital Dr. Villacián de Valladolid. Se formó en el Instituto del Campo Freudiano en Bilbao y Castilla y León.

Fue profesor de Universidad y en la actualidad es profesor del Máster de Psicopatología y clínica psicoanalítica de la Universidad de Valladolid. Trabaja en el Hospital Río Hortega y en consulta privada en Burgos. Es socio de la sede del Campo freudiano de Castilla y León.

Ha escrito una veintena de artículos sobre psicopatología y psicoanálisis. Ha dirigido varios cursos sobre dichas materias y forma residentes de psicología clínica y psiquiatría. Es parte activa de la Otra psiquiatría

IV. Los diagnósticos o de la no existencia de las enfermedades mentales

V. El Otro diagnóstico

VI. Los tratamientos

1. Los ansiolíticos

2. Los neurolépticos. Los mitos en el tratamiento de la locura

3. Los antidepresivos

4. La chispa de las psiquiatrías. La TEC

5. Las psicoterapias

Palabras finales

Sobre los autores

5.5 INFANCIAS. ENTRE ESPECTROS Y TRASTORNOS. GISELA UNTOIGLICH Y LIORA STAVCHANSKY. PARADISO ED. 2017.



Sobre el Libro

El libro *Infancias. Entre espectros y trastornos* de Liora Stavchansky y Gisela Untoiglich nos lleva a interrogarnos por algunas cuestiones fundamentales en relación con el devenir del niño en este contexto epocal.

Cuántas veces cuando nos encontramos ante un niño que muestra algunas dificultades, que por lo general se ponen de manifiesto en la institución escolar, que se lo intenta estirar o acortar para que encaje en aquello que se supone que es lo esperable, “lo normal”, “lo mejor” para él. Los lechos de Procusto actuales intentan normativizar a los niños para que encajen en un sistema que muchas veces no es lo que necesitan, ni es a lo que pueden responder. Las brujas y herejes quemados en las hogueras en el siglo XVI pasaron a ser los

locos confinados de los siglos XIX y XX, atrapados en el chaleco químico en el siglo XXI.

En las sociedades disciplinarias, el poder estaba regulado por consignas, en las sociedades de control lo esencial son las cifras, la cifra es una contraseña. En ese sentido, el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) es coherente con esta línea de pensamiento, ya que los diagnósticos son códigos que se convierten en cifras que permiten a los usuarios acceder a ciertas prestaciones, y al poder médico controlar a “sus enfermos”, tanto como al poder farmacéutico controlar a “sus clientes”. Las masas se convierten en datos estadísticos de consumidores o potenciales consumidores, se consumen objetos que (dicen) calman la angustia, se consumen diagnósticos, se consumen soluciones express. La medicalización es un arma que funciona al servicio de los mercados y logra la obediencia.

Las patologías por las cuales se consultan hoy están más ligadas a las fragilidades narcisistas, al desamparo de la época. Entonces, ¿cuál es el lugar del analista en tiempos donde lo prioritario es el rendimiento? ¿Cómo convive la propuesta psicoanalítica de detenerse a revisar y de ir paso a paso en la constitución de la subjetividad con el mandato de perentoriedad existente?

En la actualidad nos encontramos con una exacerbación de las políticas neoliberales que también se manifiestan en los modos de pensar y abordar la clínica. Época en la cual la economía de mercado, el individualismo, la supervivencia de los mejores y más brillantes, se convierte en un “neodarwinismo social” predatorio, que no garantiza la existencia y vuelve insignificante las luchas colectivas por los derechos. Así, se naturalizan las

diferencias, se biologizan las dificultades transformándolas en déficit neurobiológicos de supuesto origen genético (no comprobado, pero que tiene eficacia en el imaginario social). Cuando los problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un proceso de medicalización de la vida.

Así, predomina una lógica cortoplacista que se pone de manifiesto también en los modos de construir diagnósticos. Aparecen los diagnósticos como mercancía consumible, un “hágalo usted mismo” con cuestionarios y test auto-administrables accesibles en la web, que transforman la psicopatología más compleja en una revista de autoayuda. Con esto se aplanan los modos de pensar la complejidad y la manifestación de sufrimientos.

La época neoliberal es insistente en fabricar sujetos “completos”, plenos, idílicos, sin fracasos y sin fisuras. Si lo pensamos detalladamente, esta exigencia que empuja el mismo sistema, coloca a los individuos del lado del goce (más que del deseo), es decir, del lado de la idea de satisfacción perpetua y continua, que no es más que alimento narcisista como fanatismo puro.

Ante este panorama, el psicoanálisis y su práctica clínica tienen otro decir y otro hacer, ese que apuesta con su silencio a la producción de sujetos que no se forman en la fila en la que son mirados por el Estado. No se conforman. El psicoanalista que toma en cuenta la complejidad de la época puede ser un posibilitador de oportunidades en tanto propicie encuentros subjetivizantes, aloje al otro en su otredad y ayude a tejer tramas de sostén que sustenten al niño y a sus padres.

Infancias implica intervalo, rompe y corrompe el poder y su discurso, con el tiempo y su historia. Infancias es tejerse siempre en lo plural, en tanto también insiste en la pregunta alrededor de la pluralidad de la infancia, lo espectral, los bordes, las psicosis infantiles y el lenguaje, así

como los trastornos de la época y la clínica. Es una apuesta crítica y clínica porque se trata de pensar ese “algo nuevo” que tiene lugar. “Algo nuevo” que no es forzar la gestación de una idea inédita nunca antes dicha, sino lo novedoso del encuentro de ideas y significantes en el espacio analítico.

En este libro llevamos a cabo una lectura artesanal de la infancia en relación con el discurso capitalista, donde consideramos que hay algunos puntos de discusión, de encuentro y de separación. Así, tomamos como premisas a la infancia, el espectro, el poder y el sujeto. ¿De qué modo y bajo qué reglas los diagnósticos de la época pueden leerse en la clínica como un síntoma donde hay que devorarlo todo, incluso el resto? Todavía es más complejo, porque resulta que estas reglas están orientadas hacia una ética. Para decirlo de una vez: una ética donde el deseo radicaliza y desarticula todo intento de universalidad.

Sobre las Autoras

Gisela Untoiglich Psicoanalista. Dra en Psicología - Universidad de Buenos Aires. Codirectora del Programa de Actualización: “Problemáticas Clínicas Actuales en la Infancia: Intervenciones en el campo clínico y educacional”. Posgrado de la Facultad de Psicología UBA. Profesora invitada por diferentes universidades e instituciones extranjeras de Chile, Brasil, Uruguay, México, España. Miembro fundador del Forum Infancias. Autora en diversas publicaciones sobre Infancia, entre ellas: “Infancias. Entre espectros y trastornos”; “Autismos y otras problemáticas graves en la infancia”; “En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz; “Versiones actuales del sufrimiento infantil”

Liora Stavchansky Psicoanalista. Maestra en Teoría Psicoanalítica por el Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos (CIEP), además de ser maestra en Estudios de Literatura Infantil de la Universidad de Warwick,

Inglaterra. Doctora en Psicoanálisis por el Colegio de Psicoanálisis Lacaniano en México. Miembro de La Red Analítica Lacaniana (REAL), y la Escuela de la Letra Psicoanalítica (ESLEP). Ha publicado “Infancias. Entre espectros y trastornos”; Tejiendo la clínica: entre el niño y el Otro por Paradiso editores, México. La palabra dorada, Entre hadas y duendes: infancia, psicoanálisis y escritura editado por Gradiva, Los niños y la literatura infantil y Bordes de lo infantil, publicados por Letra Viva, Argentina. Autismo y cuerpo, por Paradiso editores.

Índice

Prólogo por Juan Carlos Volnovich	9
Introducción	19
Primera parte	
Infancias, biopolítica y psicoanálisis: Reflexiones sobre el cuerpo, el discurso y el poder – Liora Stavchansky	31
Los diagnósticos en la infancia o el lecho de Procusto. Gisela Untoiglich	47
Un niño que no puede parar en tiempos de “neuroliberalismo”. Gisela Untoiglich	63
Los (a)fectos del capitalismo–	

Liora Stavchansky	79
Segunda parte	
¿Cuánto más temprano mejor? – Gisela Untoiglich	95
La in-diferencia como emergencia subjetiva en el análisis con niños – Liora Stavchansky	113
El niño espectro no es el fantasma lacaniano – Liora Stavchansky	129
Tercera parte	
Dos notas sobre el juego – Liora Stavchansky Gisela Untoiglich	153
Don-antes anónimos, deseos no anónimos – Gisela Untoiglich	173
Cuarta parte	
Sobre desaparecidos y espectros – Liora Stavchansky	191
La niña del punto final: lo silenciado entre-generaciones – Gisela Untoiglich	207

6 PSICOANÁLISIS EN EL AULA

6.1 EL LUGAR DE LA ESCUELA INFANTIL EN LA SOCIEDAD*. POR ANDREA SOUVIRÓN MARUGÁN**

Les invito a ir de viaje a un aula: Las asambleas de Clara.

Son las 9:30 de la mañana y Clara (la tutora) va a comenzar su Asamblea. Los niños han ido llegando a distintas horas, de la mano de sus padres. En este Aula de 2-3 suena desde hace unos meses, sobre las 9:30 pasadas la misma melodía, banda sonora de *2001 Odisea en el espacio*... los niños no saben muy bien lo que es el tiempo, pero cada mañana, sobre la misma hora, están atentos a los movimientos de su educadora, que acaba de darle al play. La música comienza a sonar, el ambiente se transforma y hay una atmósfera de excitación en el aula. Algunos niños ríen exaltados, miran a Clara, se miran entre ellos, se acercan al espejo, junto al que poco a poco se van sentando. Otros, presos de la emoción que les embarga el sonido de la música y los gestos y movimientos de su educadora, se levantan, van en busca de los que aún andan despistados y no se han unido al círculo que inaugura un nuevo día en la Escuela. Al que no viene, lo traen, al que no se sienta, otro lo agarra de la camiseta y lo sienta, y así ríen, dan saltos en el mismo sitio que ocupan, ya todos sentados, esperando... Renuncian al movimiento del cuerpo porque desean ver lo que su educadora les ofrecerá hoy. Ella, visiblemente emocionada... ha comenzado con su arte de hacer de este día, un nuevo día: acude a por la nave espacial que está colgada del techo del aula y despacio, haciendo que cobre vida, va jugando con su mirada, con su cuerpo, con su voz...con toda su puesta en escena, acude al círculo que la está esperando, ansioso de encuentro... Sigue sonando la música y un acompasado marciano aterrizaje en el aula para anunciar lo que les espera en el día de hoy. Se abre la puerta con la lentitud del misterio...ya se oyen gritos de emoción, bailes de alegría y las miradas de los niños están llenas de avidez, de vida.

No ha habido gritos: “¡Que a sentarse he dicho!” Ni chantajes: “como no os sentéis, no

hay carita feliz...y no saldremos al patio” Ni amenazas: “¡como no te sientes, te irás al aula de bebés, porque no sabes comportarte como un mayor!”. En este aula habita el deseo: deseo de sentarse, de conocer, de mirar, de descubrir, de escuchar, de vivir. Es un círculo de vida, no de sometimiento donde se marca la ley que da acceso al deseo. Está prendida la llama que muchos educadores saben encender, esa que alimenta el motor de la vida desde los primeros años y que lleva a los niños a salir al mundo, a separarse, a descubrir, a despegar y a desplegar sus alas en un vuelo que recién comienza... La Escuela infantil se convierte así, en una primera toma de contacto con el mundo de lo no familiar, un mundo que no dejará de expandirse. Clara, guardiana del deseo, sabe que para vivir hace falta algo más que respirar. Así, se convierte en otro representante cultural, llenando de poesía sus mañanas.

Qué distinto este escenario a los gritos, los gestos bruscos, las amenazas, la incompreensión... desgraciadamente todavía tan frecuentes en muchas Escuelas... Esta pequeña escena nos muestra uno de los polos de la dicotomía que viene recorriendo la Educación infantil desde hace dos siglos: Deseo versus adiestramiento. Respeto por el niño como un sujeto versus “soldadito” que ha de acometer los ideales de los adultos que le pasan por encima (total, no hablan...)... persona versus “animalito”. Resulta penoso, como dice Pascual Palau, que aún no se integren los conocimientos que tenemos sobre la compleja vida psíquica y emocional del bebé, desde su vida prenatal, desarrollada por éste en el contexto de la **intersubjetividad primaria**, con su madre y sus cuidadores. Así, vemos como la comprensión de la vida mental de un bebé, corre el riesgo de quedar reducida a una dimensión neuro-conductual, sin tener en cuenta nada ni a nadie más.

Para poder hablar del lugar que ocupan hoy las Escuelas Infantiles, es importante recordar que estos espacios, denominados de muchas

maneras a lo largo y ancho de Europa y de las épocas: *Infants Schools*, *École Maternel*, Escuela nido, Guardería, Párvulos, nombres que han ido emergiendo según la función y filosofía que han ido sosteniendo. Nacen en el s XIX con la industrialización y la incorporación de la mujer al mercado laboral. La historia de las Escuelas, va en paralelo a cómo se ha ido entendiendo la infancia a lo largo de las épocas y a la progresiva concienciación del niño como un sujeto de derecho (de ahí la declaración de los derechos del niño de 1924 “*Considerando que la humanidad le debe al niño lo mejor que puede darle*”). Hace dos siglos, los niños que acudían a las *Infants Schools* eran los hijos de la clase obrera, niños que además, representaban mano de obra, puesto que también trabajaban un gran número de horas. Sin embargo, la descendencia de las clases más adineradas, permanecían en casa a cargo de institutrices, cuidadoras, nodrizas... En cierto sentido, dos siglos después, La Escuela infantil, en general sigue ocupando un espacio de respuesta a una necesidad: qué se hace con los niños pequeños cuando la figura de referencia, generalmente la madre, se reincorpora al trabajo. El crecimiento exponencial de las Escuelas es asombroso desde entonces hasta ahora: en España, en 1850 existían unas cien escuelas. En 1900 ya rondaban la cifra de mil. En 2006-2007 encontramos unas 78.562 a las que asistían 1.552.628 alumnos; es decir, el 18% del total de niños de 0-2 y el 95% de los de 3-5 años. Este nivel educativo, es probablemente el que mayor crecimiento ha experimentado en los últimos años.

Qué se hace. Las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar dejan mucho que desear. Así que con la reincorporación, comienza la primera decisión en torno al cuidado de un hijo, en ausencia de sus padres. Se quedan en casa con los abuelos, con una cuidadora... los llevamos a la Escuela infantil, a una Madre de día (modalidad que seguramente surge por la dificultad del seguimiento más individualizado, por la masificación de las aulas - ratio por aula -, por la necesidad de dosificarle el mundo a esa nueva criatura, por la propuesta educativa o porque ya que no me puedo quedar yo, que se quede otra mujer que le atienda tan bien como una madre...). Como saben, hay distintas modalidades y opciones. Cada familia tomará

la suya, puesto que además la escolarización no es obligatoria.

Han pasado dos siglos y como ven, algunas cosas no han cambiado. Pero en qué **contexto** habitan las escuelas infantiles. Vivimos en una era dominada por el positivismo como dice Byung-Chul Han en su libro “*La sociedad de la transparencia*”. El imperativo: hay que pensar en positivo domina los escenarios. Cómo afecta eso a algo tan complejo como la parentalidad. Qué se hace con la ambivalencia, con lo negativo que hay en todos nosotros, que nos constituye, que nos hace humanos. Es decir, qué se hace con el sufrimiento psíquico, con la agresividad, con la angustia, con la rivalidad, con el miedo, con la envidia, con culpa...que fácilmente emergen con la llegada de un bebé ¿Se recorta? La intolerancia al sufrimiento, en una sociedad que potencia el discurso de lo ideal, una sociedad narcisista, genera no solamente malestar sino también síntomas y enfermedad. Si queremos construir espacios de salud, es necesario abrir el marco.

En mi opinión, las Escuelas infantiles son entes complejos, espacios donde la vida se condensa: alegrías, sorpresa, ternura, amor, descubrimiento, belleza, ilusión, novedad pero también: separaciones, duelos, angustia, ambivalencia, tristezas, hostilidad, odio, rivalidad, culpa, sentimientos de omnipotencia y desamparo, sufrimiento... todas estas palabras habitan invisibles las aulas y los pasillos de una Escuela. Por este motivo, es necesario abrir una escucha que tome todos estos aspectos en cuenta, porque la vida en una Escuela es de gran intensidad, igual que la vida junto a un bebé que acaba de llegar a su hogar, al seno de una familia, otro eslabón más de la cadena generacional. La llegada de un recién nacido a una familia supone un terremoto que a veces puede ser de mayor o menor grado en la Escala de Richter. “Nos vamos dos al hospital y volvemos tres. Al fin llegará ese tercero tan fantaseado. Y ahora qué”. Este hito, inaugura una nueva época marcada por la reorganización psíquica que guía el proceso de integrar esta nueva identidad/rol de madre o padre. Y es que como dice Daniel Stern, “Nace un hijo y nace una madre”...un padre...Hasta ese momento, hemos sido bebés, niños, púberes, adolescentes, adultos... pero nunca padres. Este escenario de incertidumbre, pone a bailar

antiguos fantasmas en función de los padres que uno tuvo, de los que no tuvo y de los que le hubiera gustado tener... pero también del hijo que uno fue, del que no fue y del que le hubiera gustado ser. Por supuesto, no son necesariamente patológicos. Sin embargo, pueden acompañarnos y guiar nuestro comportamiento, nuestro sentir, con ocasión de aspectos no elaborados de nuestra historia, se despertarán erigiéndose en obstáculos, repeticiones inconscientes... que marcarán la interacción con el niño, y serán susceptibles de hacernos presos de situaciones que podrían obstaculizar el acceso a la subjetividad del recién llegado. Es lo que Brazelton y Cramer denominaron "las interacciones fantasmáticas". Es decir, la atribución de significados que se le da al comportamiento de un bebé, de un niño... (Recordemos que en los primeros años de la vida el investimento libidinal es generador del narcisismo primario). Incluso un etólogo famoso decía *"Es más importante lo que uno piensa de la interacción que la interacción en sí misma"*.

Veamos un ejemplo: Una madre, viene muy enojada todos los días, diciendo que le ha tocado un bebé muy pesado (tenía 6 meses), que no sabe hacer nada y que encima no para de llorar. *"Y por si fuera poco, cuando me mira, su mirada está cargada de reproches"*. ¿De quién habla? ¿De su bebé? ¿Puede un bebé tener una mirada llena de reproches? Aquí tenemos a una madre que sufre, una madre difícil, porque viene enojada y no para de poner pegos absolutamente a todo lo que la Escuela le ofrece. Nada parece venirle bien, haciendo así a la Escuela, depositaria de un malestar, de su sufrimiento, sin saberlo. Puede ser una madre molesta, una de esas madres que dan ganas de esquivar en los pasillos, de no encontrársela, porque además, siempre quiere mucha atención, no se da cuenta de que hay más niños a los que atender y encima, trae a la niña enferma muy a menudo.

Sabemos que el sufrimiento emocional del bebé puede tener su origen en el sufrimiento emocional de su madre o de su padre, también en el sufrimiento que el bebé puede experimentar en su cuerpo (a veces alterado y enfermo) y también con su entorno, que en ocasiones puede ser sobre o hipoestimulante. Pero a su vez, el sufrimiento que experimenta el bebé, puede afectar a la madre o al padre y

a su vez, volver afectar al bebé. Hay una constante retroalimentación, porque en eso consiste la interacción.

Como he señalado anteriormente, todos estos ejes de la experiencia, de la historia de cada uno de los progenitores, marcarán la vida psíquica del recién llegado, su subjetividad y serán de vital importancia para su estructuración.

Con intensidades distintas, la Escuela permite, gracias a la distancia emocional que no pueden interponer los padres en la relación con sus hijos, un sostén que apacigua las aguas en momentos de dificultad y que evita en muchos casos los derroteros de la patología. Por ejemplo, algo muy común son las dificultades que aparecen en torno a la alimentación con el famoso *"Mi niño no me come"*. Y sin embargo, come como una lima en la Escuela. Hemos visto madres y padres desesperados que venían a por la receta mágica del puré, a comprar las cucharas de la Escuela o a ofrecer horas extra de trabajo a la educadora, pero en su casa para darle la cena. Parece sencillo: en la Escuela come porque la educadora no es su madre. Ella puede interponer una distancia emocional, escuchar, calmar y orientar a esos padres perdidos y desesperados, que vienen a por tapers de puré. Parece sencillo pero no lo es. Algo tan normal como que un niño en la transición a la incorporación de nuevos alimentos se niegue a comer, puede según el caso, terminar en un Trastorno grave de alimentación infantil si no se atiende antes a esos padres y a ese niño. Pero en muchas ocasiones, los padres pueden llegar a ser muy difíciles porque en ellos también hay un bebé, un niño que sufrió y que con ocasión de la llegada de su hijo, vuelve a llamar a su puerta, a traer de vuelta viejas historias "olvidadas". A veces estas familias, que parecen tener un sinfín de pegos y quejas, también generan mucho malestar en el equipo de educadores, que hacen un esfuerzo impropio por saltar del juicio a la reflexión en los claustros que mantenemos juntos en las Escuelas en las que trabajamos. Generalmente siempre se cumple la ecuación: a mayor dificultad, mayor fragilidad. Son padres a los que tratamos de cuidar mucho desde las Escuelas.

Así, las Escuelas infantiles pueden ser espacios de prevención de gran importancia,

Como dice Teresa Albuger, esta labor preventiva consistiría en el abordaje de la reflexión conjunta del equipo multidisciplinar (educadores, psicopedagoga, psicóloga y pediatra) y las familias, tanto en el acompañamiento del desarrollo normal, como en la detección e intervención de las diferentes “dificultades” u “obstáculos” que se presenten a lo largo del recorrido del niño en la Escuela y puedan interferir en su desarrollo. No olvidemos que es en los primeros años de vida donde se producirán las conquistas más importantes y trascendentales como sujetos. (El ser humano aprende en su primer año de vida, más que en toda la vida... como Dice Mariela Michelena, en su libro un año para toda la vida.) En estos primeros años de vida, los niños se encuentran sujetos a los avatares de otros, debido a su alto nivel de dependencia y hoy sabemos, que el sufrimiento emocional está ligado al sufrimiento psíquico de quien les cuida. Así, cuidar a los padres, es cuidar a los niños. Cuidar a los educadores, es cuidar a los niños y a las familias.

Sin embargo, hay en esta tarea de educar algo en relación con la heroicidad en el siglo XXI: el siglo de las prisas, de la inmediatez, del consumo, de la eficiencia y la efectividad, de los resultados y por tanto, del aplastamiento subjetivo, del no-lugar a los procesos, a la diferencia, a la singularidad, a lo humano... donde los educadores viven en sus propias carnes la exigencia y la precariedad de los tiempos. Traductores muchas veces de lo indecible de los niños, puentes entre dos mundos: niños y padres... pero también depositarios de ansiedades, hostilidad y conflictos... tienen, como decía el otro día una educadora, la gran tarea también de enfrentar sus propios enredos, ese embrollo en el que a veces quedan atrapados sin saberlo, padeciendo lo que ya se ha acuñado como el “*Malestar del docente*”, que los aboca a la parálisis, la impotencia, a veces a la actuación y otras tantas a la somatización y a la baja por depresión. Quién cuida al que cuida. Ésta es una de mis tareas dentro de las Escuelas en las que trabajo: conteniendo, buscando el equilibrio entre las “urgencias” que se muestran como la punta del iceberg para metabolizarlas progresivamente y profundizar

en las dimensiones involucradas: los padres, los niños y nosotros, en esta triple escucha que tratamos de llevar a cabo, que nos ayuda a ir discriminando los lugares de cada cual, para descoagular los prejuicios que marcan las interacciones, tanto con los niños como con los padres, haciéndoles reflexionar sobre lo que sienten, rescatando su sensibilidad para ponerla al servicio del trabajo y de la Escucha, una Escucha del sufrimiento humano que sea capaz de transformar y abrir nuevas vías, nuevos recorridos...

Diría que una de mis principales labores, es una función de sostén y contención, concepto que Bion describe como “*la capacidad humana que permite que una persona pueda recibir, procesar y entender la comunicación con otra persona sin sentirse desbordada, de manera que permita a la otra persona restablecer la capacidad de pensar y sentirse reconocida. Capacidad de entender al otro.*” Tratando de articular una escucha empática con una apreciación crítica, dando lugar a la vinculación de lo cotidiano con una mirada analítica de lo sucedido.

Abrir juego al análisis, a la reflexión y al compromiso con la tarea, tratando de posibilitar un espacio donde el temor a “ser descubiertas” las ansiedades más tempranas, pueda transformarse en palabras que dan sentido, a la vez que reorganizan el aparato psíquico para la consiguiente elaboración simbólica. “*Las cosas salvajes –dice Raphael Left- están dentro de todos nosotros, aguardando el descubrimiento y procesamiento verbal que las transforme en un potencial creativo*”.

Intento ofrecer un marco, en donde se reconozca la profundidad y la validez de las afectos, los sentimientos, las emociones y la importancia de sentirlas y de pensarlas para poder desarrollar la tarea educativa que tenemos por delante... armando un holding para la apertura de la creatividad y de la salud mental. No es una tarea fácil, pero es una tarea apasionante.

Quería terminar con una frase de Ana M Matute: “*El niño no es un proyecto de hombre, sino que el hombre es lo que queda del niño*”



*Presentado en las “II Jornadas sobre Parentalidad”, organizadas por la Fundación Esfera. Mayo 2018.

****Sobre la Autora:** Andrea Souvirón Marugán es psicóloga general sanitaria y psicoterapeuta acreditada por FEAP, docente de Aecpna, Secretaria de ASMI MADRID y miembro de la Junta directiva de ASMI-WAIMH (Asociación para la salud mental infantil desde la gestación), Miembro del Instituto de formación de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM), Posgrado en la Asociación Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes de Madrid (Aecpna), Máster en temas grupales en la Asociación Área 3.

